

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO**

**Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação**

**Ganhos em satisfação face aos cuidados de  
enfermagem de reabilitação - Doentes dependentes**

**Dissertação**

**Orientação:**

Doutora Maria Manuela Martins  
Professora Coordenador  
Escola Superior de Enfermagem do Porto  
Universidade do Porto

**Co-orientação:**

Doutor José Carlos Marques de Carvalho  
Professor Adjunto  
Escola Superior de Enfermagem do Porto  
Universidade do Porto

**EDUARDO LUÍS MARTINS DA COSTA E SILVA**

**PORTO | 2013**



## AGRADECIMENTOS

Este trabalho só foi possível devido à contribuição de várias pessoas que se cruzaram neste trajeto e às quais gostaria de expressar a minha gratidão.

### **Agradeço,**

À orientadora Professora Doutora Maria Manuela Martins pela possibilidade de integrar neste projeto, pela sua orientação e estímulo, disponibilidade, exemplo e pelo seu grau de exigência que me fez ser melhor.

Ao co-orientador Doutor José Carlos Carvalho pela sua total disponibilidade, reconhecimento e motivação.

À Silvana Vale, colega investigadora neste percurso, pela colaboração, partilha e apoio em todos os momentos.

Aos clientes e amigos que participaram neste estudo, sem os quais não seria possível a concretização deste trabalho.

Aos meus amigos, que estiveram sempre presentes, pela força e motivação dada.

À minha família que sempre me apoiou e nunca duvidou do meu sucesso na concretização do meu percurso académico, representando um suporte fundamental na minha vida.

À Susana, pelo percurso percorrido, pela ajuda fundamental, pelas angústias e vitórias partilhadas deste meu e nosso pequeno caminho.

A todos, remeto o meu mais **sincero agradecimento!**

## ABREVIATURAS

|      |            |
|------|------------|
| Cap. | - Capítulo |
| Máx. | - máximo   |
| Min. | - mínimo   |
| Nº   | - número   |
| p.   | - página   |

## SIGLAS

|       |   |
|-------|---|
| ER    | - Enfermagem de reabilitação  |
| ESEP  | - Escola Superior de Enfermagem do Porto                            |
| HSJ   | - Hospital de São João  |
| INE   | - Instituto Nacional de Estatística                                 |
| IPQ   | - Instituto Português da Qualidade                                  |
| IQS   | - Instituto da Qualidade em Saúde                                   |
| ISSO  | - International Organization for Standardization                    |
| OMS   | - Organização Mundial da Saúde                                      |
| OE    | - Ordem dos Enfermeiros   |
| ICN   | - Conselho Internacional de Enfermeiros                             |
| CIPE  | - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem          |
| SUCEH | - Satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem no Hospital |

## RESUMO

A qualidade da assistência é um imperativo básico dos serviços de saúde e uma preocupação crescente nos contextos atuais. Para avaliar e melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados é de importância vital a investigação da qualidade dos cuidados em saúde. A satisfação dos utilizadores de cuidados de saúde é um indicador importante da qualidade da assistência. A melhoria dos cuidados de enfermagem implica que os enfermeiros detenham o conhecimento sobre quais os fatores que influenciam a satisfação dos clientes.

Por outro lado, clientes e familiares participam de forma cada vez mais ativa em atividades desenvolvidas durante o internamento, num momento em que a evidência aponta para a importância da presença e participação de familiares e/ou pessoas significativas nas atividades desenvolvidas durante o internamento e para a continuidade de cuidados, nomeadamente na prestação de cuidados a doentes dependentes.

Foi neste plano de reflexão que se avançou para a construção deste estudo. Pretendíamos conhecer *“Os Ganhos em satisfação face aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação – Doentes dependentes”*. Este estudo surge na sequência de um projeto do Núcleo de Investigação em Enfermagem de Família da Escola Superior de Enfermagem do Porto, em colaboração com um Hospital da região do Grande Porto.

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e de natureza quantitativa, concretizado pela colheita de dados quantitativos pela utilização de questionários. Fizeram parte 142 participantes que se encontravam a vivenciar uma experiência de internamento hospitalar em serviços de Medicina Interna.

Evidenciou-se no estudo que os utentes apresentam um grau positivo de satisfação relativamente aos cuidados de enfermagem. Identificou-se dimensões em que a satisfação é menor: a utilidade da informação e a promoção da continuidade de cuidados. De referir que o envolvimento nos cuidados percebido pelos familiares não foi equivalente á importância atribuída pelos inquiridos.

Ficamos com a noção que a prestação de cuidados especializados em enfermagem de reabilitação contribui para o incremento da satisfação dos clientes dependentes em meio hospitalar. Identificou-se dimensões da área autónoma do enfermeiro que são importantes na avaliação da satisfação percecionada pelos utentes acerca dos cuidados e que poderá, assim, contribuir para a consolidação da imagem de marca da profissão de enfermagem e dos cuidados especializados de reabilitação. A mudança de políticas de saúde focalizadas na promoção da continuidade de cuidados e na interpretação da família como cliente poderão aumentar o nível de satisfação da população com os cuidados prestados.

**Palavras-chave:** Satisfação, Enfermagem, Reabilitação, Qualidade dos cuidados de Enfermagem,

## ABSTRACT

The quality of care is a basic imperative of health services and a growing concern in the current contemporary context. To evaluate and improve the quality of care provided, it is of vital importance to investigate the quality of health care. Patient satisfaction is an important indicator of quality of care. The improvement of nursing care requires that nurses hold the knowledge about the factors that influence customer satisfaction.

On the other hand, clients and family participate in an ever more active in activities developed during hospitalization, at a time when the evidence points to the importance of the presence and participation of family members and / or significant others in the activities developed during hospitalization and the continuity of care, particularly in the care of dependent patients.

This kind of reflection plan led for the construction of this study. We intended to know "*The gains in satisfaction with the Rehabilitation Nursing Care - dependent patients*" This study is the result of the *Núcleo de Investigação em Enfermagem de Família da Escola Superior de Enfermagem do Porto* (Center for Research in Family Nursing, Oporto Nursing School), in collaboration with a hospital in the region of Oporto.

It is a quantitative, descriptive and exploratory study. For data collection we used questionnaires. 142 individuals who were going through an experience of hospitalization participated in this study.

The present study showed that patients have a positive satisfaction level regarding nursing care. Dimensions as the information's usefulness and the promotion of continuity care were identified has being less satisfying. Note that the perceived involvement in care by relatives was not equivalent to the importance attributed by respondents.

The research data point out the contribution of specialized care in rehabilitation nursing to customer satisfaction. Dimensions of the autonomous area of nurses were identified as being important for measuring patients' satisfaction level and could therefore contribute for the consolidation of the brand image of the nursing

profession and of rehabilitation nursing care. The change in health policies focused on promoting continuity of care and the interpretation of the family as client may increase the level of satisfaction of the population with the care provided.

**Keywords:** Patient satisfaction, Nursing, Rehabilitation, Quality of nursing care



## ÍNDICE

|   | Pág. |
|---|------|
| INTRODUÇÃO .....  | 15   |
| PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....                             | 19   |
| 1. QUALIDADE EM SAÚDE .....                                       | 21   |
| 1.1 Satisfação do cliente.....                                    | 30   |
| 2. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR DO DOENTE DEPENDENTE .....              | 39   |
| 3. ENFERMAGEM: UM CONTRIBUTO NA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR .....      | 47   |
| PARTE II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO .....                       | 61   |
| 4. METODOLOGIA .....  | 63   |
| 4.1. Finalidade e Objetivos .....                                 | 65   |
| 4.2. Questões de investigação .....                               | 66   |
| 4.3. População e Amostra .....                                    | 67   |
| 4.4. Variáveis em estudo .....                                    | 69   |
| 4.5. Método e instrumento de colheita de dados .....              | 73   |
| 4.6. Considerações éticas .....                                   | 79   |
| PARTE III – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS ...  | 83   |
| 5. RESULTADOS DA INVESTIGAÇÃO .....                               | 85   |
| 5.1. Amostra em estudo .....                                      | 85   |
| 5.2. Dependência do cliente .....                                 | 90   |
| 5.3. A família .....  | 93   |
| 5.4. Envolvimento nos Cuidados .....                              | 94   |
| 5.5. Satisfação dos clientes face aos cuidados de enfermagem..... | 102  |
| 6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....                                 | 121  |
| CONCLUSÃO .....   | 133  |
| BIBLIOGRAFIA.....   | 139  |
| ANEXOS .....  | 149  |

|   |     |
|---|-----|
| ANEXO I – Questionário utilizado no estudo – Clientes.....                            | 151 |
| ANEXO II – Questionário utilizado no estudo – Familiares .....                        | 161 |
| ANEXO III – Autorização da autora da escala SUCEH <sub>21</sub> (Ribeiro, 2003) ..... | 169 |
| ANEXO IV – Autorização da Comissão de Ética do Hospital de São João .....             | 173 |
| ANEXO V – Modelo do Consentimento informado dirigido ao cliente/doente .....          | 181 |
| ANEXO VI – Modelo do Consentimento informado dirigido ao familiar .....               | 185 |

## LISTA DE TABELAS, QUADROS E DE FIGURAS

### LISTA DE TABELAS

|   | Pág. |
|---|------|
| Tabela 1 – Síntese de estudos sobre Satisfação dos Clientes e aspectos a ser valorizados .....                      | 33   |
| Tabela 2 - Variáveis sociodemográficas dos clientes .....   | 86   |
| Tabela 3 - Distribuição da amostra segundo a idade [clientes] .....   | 87   |
| Tabela 4 – Variáveis sociodemográficas dos familiares .....   | 88   |
| Tabela 5 - Distribuição da amostra segundo a idade [familiares] .....   | 89   |
| Tabela 6 - Grau de Dependência dos clientes .....   | 90   |
| Tabela 7 - Grau de Dependência dos Clientes (Homens/Mulheres/Total).....  | 92   |
| Tabela 8 - Caracterização da Família pelos Clientes .....   | 93   |
| Tabela 9 - Envolvimento da Família pelos Enfermeiros (Clientes) .....   | 94   |
| Tabela 10 - Envolvimento da Família pelos Enfermeiros por Tipo de Cuidados (Clientes) .....                         | 95   |
| Tabela 11 - Envolvimento da Família pelos Enfermeiros por Tipo de Ensino (clientes).....                            | 96   |
| Tabela 12 - Importância do Envolvimento da Família durante o Processo de Internamento .....                         | 97   |
| Tabela 13 - Envolvimento da Família pelos Enfermeiros na perspectiva da Família.                                    | 98   |
| Tabela 14 - Envolvimento da Família pelos Enfermeiros especialistas de Reabilitação na perspectiva da Família ..... | 98   |
| Tabela 15 - Envolvimento da Família pelos Enfermeiros por Tipo de Cuidados na Perspetiva da Família .....           | 99   |

|  |     |
|--|-----|
| Tabela 16 - Envolvimento da Família pelos Enfermeiros por Tipo de Cuidados na Perspetiva da Família.....   | 100 |
| Tabela 17 - Importância do Envolvimento da Família durante o Processo de Internamento (Família) .....  | 101 |
| Tabela 18 - Frequência da administração dos cuidados de Enfermagem na perspetiva do Cliente – SUCEH <sub>21</sub> .....  | 103 |
| Tabela 19 - Comparação da Opinião da Administração dos Cuidados de Enfermagem (SUCEH <sub>21</sub> ) nos dois serviços de Medicina - Clientes (Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney) ..... | 105 |
| Tabela 20 - Grau de satisfação com os Cuidados de Enfermagem na perspetiva do cliente/doente – SUCEH <sub>21</sub> .....   | 106 |
| Tabela 21 - Satisfação dos Clientes com os Cuidados de Enfermagem por Dimensões .....  | 108 |
| Tabela 22 - Frequência total de Opinião dos cuidados de Enfermagem (Clientes)...   | 109 |
| Tabela 23 - Satisfação Global com os Cuidados de Enfermagem (Clientes) .....   | 110 |
| Tabela 24 - Frequência da Opinião sobre a Administração dos Cuidados de Enfermagem na perspetiva da Família (SUCEH <sub>21</sub> ) .....   | 111 |
| Tabela 25 - Comparação da Opinião da Administração dos Cuidados de Enfermagem (SUCEH <sub>21</sub> ) entre serviços - Familiares (Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney) .....              | 112 |
| Tabela 26 - Grau de Satisfação com os Cuidados de Enfermagem na perspetiva do familiar - SUCEH <sub>21</sub> .....   | 113 |
| Tabela 27 - Satisfação dos Familiares com os Cuidados de Enfermagem por dimensões .....  | 115 |
| Tabela 28 - Frequência total da Opinião com os Cuidados de Enfermagem, na perspetiva da família .....  | 116 |
| Tabela 29 - Satisfação Global com os Cuidados de Enfermagem, na perspetiva dos familiares .....  | 117 |

| <b>LISTA DE FIGURAS</b>  | <b>Pág.</b> |
|--|-------------|
| Fig. 1 - Domínios e suas relações na influência da satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem [FONTE: Johansson et al. (2002)]..... | 37          |

| <b>LISTA DE DISGRAMAS</b>            | <b>Pág.</b> |
|--------------------------------------|-------------|
| Diagrama 1 - Desenho do estudo ..... | 64          |

| <b>LISTA DE QUADROS</b>   | <b>Pág.</b> |
|---|-------------|
| Quadro 1- Variáveis de Contexto.....  | 69          |
| Quadro 2 - Variáveis Sociodemográficas.....   | 70          |
| Quadro 3 - Variável Família .....   | 70          |
| Quadro 4 - Variável Grau de dependência.....  | 70          |
| Quadro 5 - Variável Envolvimento nos cuidados.....  | 71          |
| Quadro 6 - Variável Satisfação dos Clientes.....  | 71          |
| Quadro 7 - Variável Satisfação da Família.....  | 72          |
| Quadro 8 - Dimensões no Questionário SUCEH <sub>21</sub> dos Doentes e respetiva correspondência á numeração no nosso estudo..... | 78          |
| Quadro 9 - Dimensões no Questionário SUCEH <sub>21</sub> da Família e respetiva correspondência á numeração no nosso estudo.....  | 78          |



## INTRODUÇÃO

A saúde é um bem essencial para todos os indivíduos, um valor reconhecido universalmente. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996), a saúde consiste num estado de completo bem-estar físico, psicológico, mental, emocional, moral e social e não só a ausência de doença ou enfermidade.

As alterações demográficas da sociedade contemporânea, com o aumento dos níveis de esperança de vida e do declínio da natalidade, traduzem-se atualmente no envelhecimento demográfico da população mundial (INE, 2002). A este facto podemos assumir o correspondente acréscimo de situações patológicas e de situações de dependência física, com a consequente procura e consumo de cuidados de saúde, em particular, em internamento hospitalar. Este fenómeno que se tem vindo a acentuar nas últimas décadas é em parte um progresso das sociedades proporcionado pelo desenvolvimento, em geral, e pelas ciências da saúde, em particular.

Cuidados de saúde estão intimamente relacionados com as organizações dos cuidados de saúde. Estas acompanham obrigatoriamente o desenvolvimento mundial em geral com repercussões no âmbito social, cultural, política e económico.

As organizações, nomeadamente as de saúde, devem estar preparadas para se manterem competitivas num mercado global cada vez mais exigente. A exigência surge, por um lado, por via das entidades patronal e governativa com requisitos de redução de custos dos cuidados, redução dos períodos médios de internamento, maior eficácia e eficiência. Paralelamente a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde tem sido uma das prioridades em muitos planos de saúde nacionais, realidade que se mantém no Plano Nacional de Saúde (PNS) 2011-2016 (Campos et al. 2010). Por outro lado, por via do mercado, na imagem dos clientes e cidadãos em geral, com expectativas cada vez mais elevadas e crescente exigência ao nível da transparência na informação sobre o desempenho das organizações prestadoras de cuidados, mais regulação, mais participação e maior participação nas decisões.

Ao nos situarmos nos clientes, podemos dizer que a evolução deste conceito passou de um ser singular, que por vezes toma o nome de cliente/doente, para um ser plural onde no centro está a pessoa com direitos e deveres, com capacidade de decisão e que é um todo com o seu grupo familiar.

A par desta evolução também o serviço toma configurações diferentes considerando que muda a exigência e o contexto do cliente. É com esta mudança que os políticos passam a dar valor à satisfação do cliente face à assistência na saúde, assumindo-se como uma preocupação dominante dos serviços de saúde, *a qualidade em saúde*.

As organizações de saúde devem ter consciência da perceção da qualidade dos seus clientes em relação ao serviço oferecido pelas mesmas. As ações favoráveis à satisfação dos clientes ou, eventualmente, desfavoráveis têm conduzido a uma reflexão por parte dos órgãos competentes no sentido de potenciar alterações corretivas e melhorar serviços.

A satisfação do cliente é um indicador importante e legítimo da qualidade dos cuidados de saúde. É por isto *“de extrema importância ser capaz de definir, medir e avaliar a qualidade dos cuidados de saúde prestados, a fim de manter e aumentar a satisfação do paciente”* (Johansson, Oléni & Fridlund, 2002, p.337).

O conceito de satisfação circunscreve-se a uma natureza multidimensional. Na literatura atual, não é consensual a essência fatorial que determina a satisfação do cliente. No entanto, alguns autores descrevem que o mais importante preditor de satisfação dos pacientes (em geral) com a assistência hospitalar está relacionado principalmente à sua satisfação com os cuidados de enfermagem (O’Connell et al. 1999).

O enfermeiro especialista, com um conhecimento num domínio específico da enfermagem, assume entre outras competências comuns a melhoria contínua da qualidade dos cuidados (Regulamento nº 122/2011). Este profissional precisa fazer emergir os elementos determinantes da qualidade dos seus cuidados, numa perspetiva de melhoria contínua. A área da Enfermagem de Reabilitação necessita de instrumentos de avaliação da qualidade precisos.

A enfermagem de Reabilitação assume cada vez mais relevância no panorama atual dos cuidados em saúde pelos pressupostos enumerados e por mudanças na sociedade que decorrem do aumento da longevidade dos cidadãos, o aumento da sinistralidade e a prevalência, crescente, de doenças crónicas. Estes três



mecanismos geram incapacidades temporárias ou definitivas que são necessárias prevenir, restaurar, minimizar e reabilitar á luz do conhecimento atual, o que justifica a particularidade dos cuidados de reabilitação.

Atualmente existem muitas lacunas na demonstração de evidência no que concerne a estratégias para a melhoria de qualidade (Campos et al., 2010). A própria auscultação dos clientes sobre os cuidados de saúde prestados é escassa.

É neste contexto e com base nestas premissas que surge este estudo, pela necessidade de conhecer a satisfação dos clientes dependentes do serviço de Medicina. Optou-se por realizar a investigação num Hospital Central do Grande Porto.

Consideramos a máxima pertinência a realização de estudos sobre a temática da satisfação dos clientes com os cuidados de saúde que caminhem na direção de adquirir conhecimentos e saberes sobre a dinâmica das equipas de enfermagem, que incluam enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação cujos alvos do processo de enfermagem sejam clientes dependentes. O Enfermeiro com especialidade de reabilitação tem a responsabilidade de fazer emergir os elementos determinantes da qualidade dos seus cuidados, numa perspetiva de aperfeiçoamento da profissão e do fornecimento de serviços de qualidade às pessoas e aos grupos comunitários.

Neste seguimento, o presente relatório pretende proporcionar uma descrição do desenvolvimento da investigação quantitativa, descritiva e exploratória realizada, intitulada “**Ganhos em satisfação face aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação – Doentes dependentes**”, que decorreu junto de uma amostra de cliente/doentes internados em dois serviços de Medicina Interna.

Numa fase inicial, visa-se o enquadramento teórico relativo ao problema de pesquisa através da identificação dos temas ajuizados como mais pertinentes para o seu equacionamento, simultaneamente com a evidência empírica mais relevante. Segue-se a apresentação da metodologia no que confere a finalidade, objetivos, questões de investigação, variáveis em estudo, descrição do instrumento de dados aplicado, critérios de amostragem e seu procedimento. Posteriormente expõe-se os resultados obtidos, sua consequente análise e discussão tendo subjacente o referencial teórico. Por fim, menciona-se as conclusões da investigação concomitantemente às limitações do estudo e sugestões pertinentes

Para compreensão do presente relatório é conveniente expressar o que me motivou a enveredar por este estudo. Para além do referido anteriormente na contextualização em que é feita referência a determinadas razões de ordem profissional, acrescentaria a formação académica e a experiência profissional como razões para despoletar interesse na área. Enumera-se também fatores pessoais, nomeadamente ter indivíduos dependentes com experiências hospitalares no meu seio familiar.

## **PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

---

A revisão da literatura é uma etapa importante na elaboração de um trabalho de investigação, pois permite-nos conhecer e analisar um conjunto de publicações relacionados, quer diretamente quer indiretamente, com o domínio dos temas do projeto de investigação que pretendemos desenvolver.

O objetivo da revisão da literatura é distinguir o que é conhecido e o que falta conhecer num determinado domínio da investigação. É revelado um conjunto de trabalhos sobre um tema específico, no qual ressaltam os elementos comuns e os divergentes e também deixar claro os conceitos em estudo (Fortin, 1999).

Rever a literatura equivale a fazer o balanço do que foi escrito no domínio da investigação em estudo. Permite ao investigador alargar os seus conhecimentos, organizar o problema de investigação e estabelecer o elo de ligação entre o nosso trabalho e os trabalhos efetuados por outros investigadores (Fortin e Vissandgée, 1999).

A revisão da literatura é necessária em todas as etapas da conceptualização da investigação. O enquadramento teórico sustenta todo o trabalho de investigação, permitindo ao investigador recorrer ao mesmo aquando da análise e interpretação dos resultados (Fortin, 1999).

Abordaremos no nosso enquadramento teórico temas como a qualidade em saúde, a satisfação, a assistência hospitalar ao cliente/doente dependente e a contribuição da enfermagem na assistência hospitalar. Faremos um percurso de aprofundamento sobre a qualidade em saúde, a especificação da assistência hospitalar no cliente dependente e, por último, a Enfermagem enquanto parte integrante da assistência destes clientes.



## 1. QUALIDADE EM SAÚDE

Na abordagem à temática, iniciaremos pela análise da evolução dos conceitos fundamentais associados à qualidade em saúde. Num segundo momento, abordaremos a satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem de acordo com a evidência existente.

A palavra qualidade deriva do latim *qualitate* e designa a “*propriedade ou condição natural de uma pessoa ou coisa que a distingue das outras; atributo; cara(c)terística; predicado*”. O conceito de qualidade é atualmente um termo com vastas referências nas mais diversificadas áreas da sociedade e uma ambição proclamada nos mais diversos organismos e áreas da sociedade. É fluente a elaboração de planos estratégicos e políticas englobando a dimensão da qualidade com um carácter cada vez mais de obrigatoriedade em todas as decisões.

A Qualidade é um conceito com um cariz subjetivo e ambíguo em que o consenso de opiniões é relativamente comum, mas com diversas ramificações e representações dinâmicas e contextuais. A sua interpretação é variável e cada qual terá a sua representação mental e exigência pessoal do que é para si a qualidade.

A Qualidade é considerada universalmente como algo que afeta a vida das organizações e a vida de cada um de nós de uma forma positiva. Um determinado produto possui qualidade se cumpre a função da forma como desejamos, assim como um serviço terá qualidade se vai de encontro ou se supera as nossas expectativas (Gomes, 2004). O mesmo autor acrescenta que quando nos deparamos com situações em que, como utilizadores de um bem ou serviço, as nossas necessidades não são satisfeitas ou as nossas expectativas são frustradas, sabemos que de uma forma ou de outra a qualidade foi negligenciada.

A evolução do conceito Qualidade é longa e assumiu várias definições ao longo dos anos: ora demasiado restrito, focado exclusivamente nos aspetos do produto, alienado de outras dimensões; ora mais abrangente, aproximando o conceito de qualidade à perspetiva do cliente ou utilizador (Gomes, 2004).

O mesmo autor refere que a conceção de qualidade prevaleceu durante muito tempo associado ao processo industrial - controlo da qualidade industrial. Na década de 40, W. Edwards Deming (cit. Gomes, 2004, p. 8-10), considerado o verdadeiro percursor do movimento da qualidade a nível mundial, dá ao mundo a sua visão sobre a temática. A sua filosofia de qualidade era direcionada especificamente para os gestores: salientava a necessidade de motivar os trabalhadores de uma empresa através do profissionalismo máximo ao nível da gestão, de modo a que fossem asseguradas as condições que permitissem que esforços individuais resultem em melhorias efetivas ao nível do sistema.

Em 1951, Joseph Juran (cit. por Gomes, 2004, p.11-13) apresenta uma definição que aproxima o conceito de qualidade à perspetiva do cliente ou utilizador. Promoveu alterações ao nível da qualidade através da adequação das especificações técnicas do bem ou serviço à utilização pretendida pelo cliente. Na visão de Juran, o processo de qualidade compreendia três fases distintas: planeamento da qualidade, controlo da qualidade e melhoria de qualidade; recomenda a criação de equipas de projeto responsáveis por cada uma destas fases. Neste seu conceito, torna-se evidente que a qualidade exige processos de gestão específicos nas organizações e expressa alguma preocupação pela criação de indicadores de qualidade como sejam a satisfação dos empregados e dos clientes.

Mais recentemente, Zeithaml et al. (cit. Gomes, 2004, p.16-17), acrescentaram novos elementos à filosofia da qualidade de forma a refletir novos desafios colocados ao nível das organizações prestadoras de serviços. Nesta linha de raciocínio, a qualidade de um serviço seria avaliada em função de dois componentes principais: (1) a *qualidade técnica do serviço*, que engloba conceitos como a qualidade dos resultados desejados pelos clientes ou fiabilidade do serviço, (2) e a *qualidade funcional*, que corresponde à qualidade do processo a que os clientes se submetem para obterem os resultados desejados. Regista-se um crescendo interesse pela perceção dos clientes sobre a qualidade dos serviços, o que, de alguma forma, torna a avaliação da mesma mais complexa e subjetiva.

Na área da saúde, o primórdio da preocupação por questões relacionadas com a qualidade dos cuidados não é consensual. Há descrições que variam de 30 a 3000 anos atrás. No fundamental, terá tido maior expressão num período relativamente recente com o desenvolvimento de uma Medicina moderna e o envolvimento de

processos de acreditação de organizações de saúde que teve origem nos Estados Unidos a partir de iniciativas da corporação médica em 1910.

Ao longo dos anos, o conceito geral de qualidade tem vindo a influenciar o conceito de qualidade em saúde, á imagem de todos aqueles que dele derivam. Sendo várias as definições gerais de qualidade e em constante evolução, são igualmente múltiplas as definições de qualidade em saúde. De certa forma, a multiplicidade de definições é potenciadora de uma maior complexidade do conceito, como aliás também o é o conceito de saúde por si só. Sendo assim, há autores que referem que a qualidade em saúde é uma conceção de tal forma complexa e abstrata que se torna muito difícil, senão mesmo impossível, dar-lhe um carácter operacional (Pereira, 2009, p.77).

O instituto de medicina dos Estados Unidos, citado por Pereira (2009, p.80), define qualidade em saúde como “...o grau em que os cuidados de saúde prestados aos indivíduos e populações promovem os resultados desejados e são consistentes com o conhecimento profissional mais atual”. Depreende-se que, para proporcionar qualidade nos cuidados prestados é necessário atingir objetivos pré-determinados, respeitando indicadores e adequando os procedimentos ao estado da arte.

A complexidade do conceito de qualidade pode, de alguma forma, tornar-se mais explícita, se identificarmos quais as principais dimensões englobadas, as quais permitem discriminar melhor as áreas de intervenção. Na definição operacional de qualidade em saúde, importante salientar quatro grandes pilares:

- A *eficácia*, que representa a capacidade das ciências e tecnologias da saúde em promoverem melhorias no estado de saúde;
- A *efetividade*, agrega os processos de análise da adequação das intervenções terapêuticas implementadas, traduzindo-se pela comparação que se estabelece entre os resultados obtidos e aqueles preconizados pela evidência empírica;
- A *eficiência*, que representa a maximização dos resultados obtidos em saúde com a minimização dos custos. Neste conceito integra-se a eficiência distributiva que, em termos gerais, corresponde ao princípio da justiça.
- Por fim a *adequação*, assume-se como elemento distinto dos anteriores três elementos pelo facto de os primeiros derivarem diretamente da componente técnico-conceptual da qualidade em saúde e o último estar orientado para as condições envolventes. Desta forma, a adequação refere-se “à

*conformidade dos cuidados de saúde prestados, em tempo útil, de acordo com as necessidades dos clientes e em condições que respeitem as crenças, os desejos e os valores de natureza individual de cada cliente".* Incorpora dimensões como a pertinência, a acessibilidade, a continuidade de cuidados e a coordenação entre os serviços, a relação interpessoal, as amenidades ambientais e as preferências pessoais dos clientes (Pereira, 2009, p.80-82).

Todas estas dimensões estão associadas à qualidade dos cuidados de saúde, existindo áreas de sobreposição e qualquer lista será incompleta. Outras dimensões têm sido propostas como a satisfação e a melhoria de saúde. Não existem duas propostas iguais de organizações diferentes.

Até ao momento foram descritos vários aspetos que definem e operacionalizam o conceito de qualidade em saúde. Pese embora o esforço de operacionalizar o conceito de qualidade em saúde, todos os autores enfatizam a dificuldade de clarificar o conceito pelo seu enorme carácter multifatorial, tornando-o bastante complexo.

Um desses exemplos foi dado por Serapioni (2009), citando Quinti (2001), quando identificou 60 abordagens diferentes do tema da qualidade dos serviços de saúde. Este autor aponta os fatores que potenciam a complexidade do termo: complexidade da conceção da saúde; variedade dos atores que fazem parte dos sistemas de saúde e pela diversidade dos pontos de vista; carácter intrinsecamente multidimensional do conceito; natureza dos serviços de saúde que incluem um amplo componente de trabalho imaterial com acentuada personalização e relação e com exigência de tempestividade e rapidez das decisões e ações e, finalmente, fatores contextuais históricos, culturais, políticos, sociais e institucionais que condicionam a conceção de qualidade.

Segundo Regis Filho e Lopes 1996 (citado por Fadel 2006, p.4), *"o sector saúde como organização prestadora de serviços, deve lançar mão de todos os recursos que viabilizem um melhor desempenho, com uma melhor satisfação, tanto dos clientes externos como internos"*. A qualidade em saúde tem representado uma preocupação crescente para as entidades prestadoras de cuidados de saúde de todo o mundo.

Numa visão global, a qualidade dos cuidados de saúde é influenciada por inúmeros fatores que poderemos enumerar como técnicos, financeiros, sociais, económicos e



sociais. No cerne desta questão, os objetivos de uma política de saúde devem ser discutidos com base nas expectativas dos clientes. Contudo, o cliente que consome cuidados de saúde, assim como em diversas áreas da sociedade, nem sempre ocupa um lugar central, ou de destaque, na organização das estruturas. A organização dos cuidados ao nível unitário dos serviços ou instituições, de dentro para fora, privilegiando interesses próprios aos comuns sociais, agrava as disfunções do sistema de saúde.

*“Quem paga a saúde toma consciência de que tem direito a um título de acesso à informação e aos cuidados de saúde, a optar de acordo com as suas preferências e a estar representado, efetivamente, nas decisões que lhe dizem respeito. Tem ainda direito a que lhe sejam prestadas contas”* (Escoval, 2003, p.25). Significa isto que os utentes, enquanto clientes do serviço nacional de saúde, contribuintes fiscais, merecem respeito pelas suas opiniões e interesses.

O potencial de ganho da qualidade dos cuidados em saúde através da auscultação dos seus clientes ainda é recalcado face à estrutura quase inviolável do SNS. Há um esforço pela mudança; a criação de novas sinergias é desejável. Entre muitas outras *“devemos dar voz ao cidadão e ter em atenção as tendências europeias, que apontam para a importância de factores como: a atribuição de maior poder ao cidadão e aos movimentos sociais que o integram (...)”* (Escoval, 2003, p.26).

A definição das áreas a monitorizar e a desenvolver devem ser adequadas e específicas a cada área de prestação de serviços, isto é, *“deve ser centrado naquilo que é o core da atividade do serviço, na medida em que é isso que lhe confere valor”* (Pereira, 2009, p.82-83). Na investigação realizada pelo autor, foi constatado que muitas das estratégias de monitorização da qualidade têm por referência a abordagem estrutura-processos-resultados, embora com valorização de determinados aspetos em detrimento de outros, nomeadamente dos aspetos estruturais e de processo.

Este modelo para a medição da qualidade dos cuidados de saúde integra a identificação clássica introduzida por Donabedian em 1980 que, para efeitos de medição da qualidade dos cuidados de saúde a diferenciou em estruturas, processos e resultados. *“A estrutura é o conjunto de atributos dos locais onde são prestados os cuidados de saúde, incluindo os recursos materiais, humanos e a estrutura organizacional, os processos dizem respeito ao modo como os cuidados são prestados e recebidos, incluindo a procura de cuidados por parte do utente, como este os segue e as actividades do prestador para chegar ao diagnóstico e*

*implementar um tratamento e os resultados são os efeitos dos cuidados no estado de saúde dos doentes e populações, incluindo a melhoria do conhecimento do doente, mudanças salutareias de comportamento e a sua satisfação com os cuidados”* (Campos et al. , 2010, p. 23).

Donabedian, citado por Bulhões (2004), partilha a opinião de que “Qualidade em saúde” é realmente um conceito difícil de definir. Ao longo dos anos, este investigador apresentou várias reformulações da sua definição que resultaram de outras tantas investigações na área, á qual foi acrescentando novos elementos centrais e secundários. Define qualidade em saúde como a capacidade de prestação de cuidados de saúde capazes de satisfazer as necessidades dos pacientes, mediante a utilização de conhecimentos profissionais atualizados e dos recursos disponíveis no momento. Desta definição fica a noção de que é necessária a conjugação de dois elementos para que se alcance a qualidade em saúde, nomeadamente, a vertente da investigação, ciência e tecnologia da qualidade em saúde com a sua aplicabilidade na prática por profissionais informados e com formação contínua. Nesta conceção, o autor dá primazia ao saber e competências no cuidar. No que às condições envolventes dizem respeito, estas referem-se à relação interpessoal que se estabelece entre quem cuida e quem é cuidado e o ambiente em que decorrem os cuidados. A combinação de todas estas dimensões resultará na qualidade em saúde.

Assim, a filosofia que está na base dos programas de qualidade dos serviços de saúde tem vindo a evoluir de uma lógica de garantia, mais relacionada com a qualidade do produto, para modelos de melhoria e promoção contínua. Esta abordagem à qualidade em saúde implica um compromisso genuíno e persistente de cada profissional (Donabedian, 2003; citado por Pereira, 2009, p.80). Segundo Donabedian (2003, p.83), *“a menor utilização da componente resultados parece estar relacionada com a maior dificuldade em definir os standards e critérios de referência e com a obtenção da informação necessária ao cálculo de indicadores de resultado”*.

*O estado da qualidade em Portugal caracteriza-se por sucessos e insucessos.* Campos et al. (2010, p. 26) referem que *“O Serviço Nacional de Saúde é o maior exemplo de sucesso, ao nível dos serviços públicos da democracia portuguesa, com notáveis melhorias em alguns indicadores, reconhecidos internacionalmente”*. No entanto, apontam a pouca avaliação da qualidade dos cuidados de saúde em

Portugal e a sua escassa variabilidade. Mesmo ao nível das grandes reformas na saúde, a avaliação do seu impacto é quase inexistente.

Da análise do Plano Nacional de Saúde (PNS) de 2004-2010 reconhecemos essa mesma inquietação. No âmbito da qualidade da prestação de serviços de saúde era consciencioso no diagnóstico que realiza da escassa cultura de qualidade ainda existente: *“é por todos visível que o nosso Sistema de Saúde peca por uma escassa cultura de qualidade, desde logo na resposta que dá às expectativas legítimas dos cidadãos utilizadores”* (PORTUGAL. Ministério da Saúde, 2004, p.172). Além disso, identificava a existência de um défice organizacional dos serviços de saúde ao nível da prestação dos profissionais e da adequação dos contextos organizacionais, nomeadamente, a falta de indicadores de desempenho. Por outro lado, era abrangente na elaboração de estratégias diversificadas que reforçavam a preocupação pela qualidade do Sistema de Saúde: apontava a necessidade de intervenções e orientações estratégicas para melhoria da qualidade da prestação dos cuidados de saúde e para a melhoria da qualidade organizacional dos serviços de saúde, a promoção de medidas de implementação de programas de saúde, a aposta na acreditação, a formação de auditores na área da qualidade e o esforço na qualidade da gestão. O plano recomendava a realização de avaliações acerca da satisfação dos utentes, do grau de satisfação dos profissionais dos serviços de saúde e a avaliação de indicadores de desempenho das unidades de cuidados críticos, assim como a dinamização e apoio ao desenvolvimento de normas de orientação clínica para as profissões técnicas de vocação assistencial e a abordagem explícita da problemática do erro médico.

O PNS 2011-2016 em discussão veio admitir que *“subsiste uma variabilidade preocupante na prática médica, problemas de acesso, de continuidade de cuidados, atrasos na implementação de boas práticas, negligências com impacto mediático e na saúde dos doentes, um défice na cultura de avaliação e de monitorização e uma ampla margem de melhoria dos cuidados que hoje prestamos aos nossos doentes* (Campos et al., 2010, p.10).

Tendo em conta a multiplicidade de fatores que determinam os resultados que obtemos com os nossos doentes é premente que se identifiquem estratégias ligadas às estruturas, aos processos ou aos resultados, com impacto em cada um, ou em vários níveis e nas várias dimensões da qualidade. Como acrescenta Campos (2010), esta estratégia implica que todas as entidades que constituem o SNS, aos vários níveis, têm de ser avaliados e responsabilizados pelas decisões

que tomam. Os resultados em saúde devem ser matéria de análise desde os profissionais de saúde até aos gestores políticos e todos os decisores, em geral.

O próximo plano aponta como determinantes para a qualidade em saúde a formação pós-graduada, a investigação clínica, o estabelecimento de padrões de qualidade, a monitorização e definição de indicadores e a avaliação interna e externa.

Na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, definida em Despacho 14223/2009 de 24 de Junho de 2009, foram adotadas as seguintes prioridades estratégicas de atuação:

- Qualidade clínica e organizacional;
- Informação transparente ao cidadão;
- Segurança do doente;
- Qualificação e acreditação nacional de unidades de saúde;
- Gestão integrada da doença e inovação;
- Gestão da mobilidade internacional de doentes;
- Avaliação e orientação das reclamações e sugestões dos cidadãos utilizadores do Serviço Nacional de Saúde (Campos et al. 2010).

A necessidade de implementar processos de regulação da qualidade dos cuidados de saúde está assumido quer instituições de índole internacional, como a Organização Mundial de Saúde (OMS) que avaliam os Planos Nacionais de Saúde e fazem recomendações de melhoria, quer instituições de índole nacional.

Dito isto, importa dizer que as ordens profissionais mantêm capacidade delegada pelo estado de autorregulação das suas profissões. Com a criação da entidade reguladora da profissão de enfermagem, surge a oportunidade de que esta possa contribuir quer para o desenvolvimento da enfermagem enquanto disciplina e profissão, quer para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais. *“A qualidade exige reflexão sobre a prática para definição de objetivos do serviço a prestar, delinear estratégias para os atingir”* (Ordem dos Enfermeiros, 2002, p.5) e às instituições de saúde cabe o papel de criar as condições, adequando os recursos e criando as estruturas, que promovam o exercício profissional de enfermagem de qualidade.

A quota-parte de responsabilidade da classe de enfermagem para a qualidade da saúde resulta é enorme, seja pela simples representatividade numérica da classe

nos órgãos de saúde, pelas funções dos profissionais de enfermagem, pela proximidade efetiva entre os enfermeiros e os clientes ou pela importância que a figura do enfermeiro assume para as pessoas, etc. Por conseguinte, *“os cuidados de enfermagem e os profissionais que os oferecem, os enfermeiros, fazem parte integrante da melhoria deste desempenho”* (Ordem dos Enfermeiros, 2005).

A Ordem dos Enfermeiros (OE, 2002) preconiza que criar sistemas de qualidade revela-se uma ação prioritária. Mais assume que a qualidade em saúde é tarefa multiprofissional e que tem contexto de aplicação local. Significa que são os enfermeiros que, exercendo a sua atividade profissional, devem definir os padrões de qualidade de enfermagem em Portugal. Por outro lado, *“nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde”* (Idem, p.4). A qualidade em saúde terá de ser um esforço coletivo, coordenado e convergente por cada um dos atores envolvidos na trama.

A lógica de desenvolvimento dos modelos de promoção contínua da qualidade do exercício profissional de enfermagem exige uma vertente reflexiva e interrogativa sobre o exercício profissional de enfermagem. *“A qualidade exige reflexão sobre a prática”* (OE, 2002, p.5), necessário para processos de reforma de metodologias que não demonstrem beneficiar os cidadãos. Pensar a questão nestes termos, exige saber quais os ganhos em saúde que são sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Um resultado de enfermagem é a *“a medição ou condição de um diagnóstico de enfermagem a intervalos de tempo após uma intervenção de enfermagem”* (ICN, 1999). Por sua vez, um resultado sensível aos cuidados de enfermagem refere *“um estado, comportamento, ou percepção variável do cliente ou familiar cuidador informal, que surge em resposta às intervenções de enfermagem...”* (Johnson, Maas & Motorhead, 2000, p.24).

O esforço realizado para a definição dos resultados sensíveis identificados pelos autores acima referidos, *“esta colocada na evidência e na capacidade que tivermos de viver com a melhor evidência disponível”* (Pereira, 2009, p.71).

A OE define seis categorias de enunciados descritivos de qualidade de exercício profissional, com o intuito que os mesmos constituam um instrumento importante que ajude a precisar o papel dos enfermeiros junto dos clientes, dos outros

profissionais, do público e dos políticos e a identificar indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem. A OE refere-se aos enunciados descritivos ressaltando a importância de dar visibilidade aos cuidados de enfermagem prestados; *“trata-se de uma representação dos cuidados que dever ser conhecida por todos os clientes, quer ao nível dos resultados mínimos aceitáveis, quer ao nível dos melhores resultados que é aceitável esperar”* (Grimshaw & Russel, 1993, cit. Ordem dos Enfermeiros, 2002, p.11). Essas categorias são: *a satisfação dos clientes, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado dos clientes, a readaptação funcional e a organização dos serviços de enfermagem.*

Em termos de síntese, padrões de qualidade em saúde são e devem ser exigíveis com responsabilidade direta para todos os agentes que constituem o SNS. Os cuidados de enfermagem devem ser adequados aos consumidores e devem produzir ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem. Já foi referido anteriormente (e aqui se volta a reforçar) a importância da auscultação do consumidor integrado no universo da qualidade em saúde, para a adequação dos serviços prestados à necessidade real.

A satisfação dos clientes é um resultado a concretizar numa prática profissional que se pretende de qualidade. De acordo com André & Rosa (1997), cuidados de saúde de qualidade serão aqueles que maximizam a satisfação dos intervenientes em todas as etapas do processo de cuidar. No caminho da excelência do cuidar é tão importante conhecer a satisfação dos clientes como o bom planeamento dos serviços de saúde.

## 1.1 Satisfação do cliente

A avaliação dos serviços de saúde é uma tarefa exigente, complexa de atingir, mas de grande importância nos serviços de saúde de qualquer país, pela necessidade de adequar os serviços prestados às necessidades da população e uma demonstração da eficácia dos cuidados existentes.

A satisfação dos clientes é um indicador válido no que concerne à qualidade dos serviços de saúde, pelo que a sua avaliação deve constituir uma meta em si mesmo. Alguns autores descrevem que o mais importante preditor de satisfação dos pacientes em geral com a assistência hospitalar está relacionado principalmente à sua satisfação com os cuidados de enfermagem (O’Connell e tal.

1999). A influência que parece existir dos cuidados de enfermagem sobre a satisfação do cliente/doente hospitalizado verifica-se pelo papel central que os seus profissionais ocupam na prestação de cuidados ao nível das instituições de saúde, já que são o grupo profissional que presta um volume de cuidados maior e partilha com os cliente um período mais próximo e longo no internamento.

Embora o termo “satisfação” seja uma preocupação atual constante, é um conceito deveras subjetivo, descrevendo realidades múltiplas.

A satisfação do cliente é um conceito amplamente estudado e explorado. No entanto, não se encontra consensos na literatura sobre os fatores (e a contribuição destes) determinantes para a satisfação do cliente (Ehnfors & Soderstrom, 1995; Sitza & Wood, 1997; Johansson et al., 2002). O traço comum é a noção de que o conceito de satisfação é bastante complexo, subjetivo, multidimensional e relativo a cada quadro contextual em que se insere. Inclui elementos de subjetividade tais como expectativas e percepções. As dificuldades da sua operacionalização resultam precisamente dessa sua natureza ambígua.

O conceito de Satisfação associado aos cuidados de saúde tem dado mote á elaboração de inúmeros trabalhos de investigação. A identificação das dimensões da satisfação e seus componentes em determinados contextos constituem as maiores preocupações para quem leva a cabo a investigação.

Efetivamente, vários estudos procuram escrutinar as ordens de razão para a satisfação (ou falta de) dos clientes com os cuidados de saúde. Neste esforço, vários estudos aprofundam a relação entre a satisfação dos clientes/doentes e os cuidados de enfermagem por se tratar de uma dimensão que constitui um indicativo relevante da satisfação global com a experiência de hospitalização.

Segundo Johansson [et al.] (2002), referindo-se a Eriksen e Risser, o conceito de satisfação pode ser definido como a avaliação subjetiva da pessoa de acordo com a sua percepção cognitiva e emocional resultante da interação entre as suas expectativas de cuidados e a sua percepção dos cuidados realmente recebidos.

Neste seguimento, o conceito de satisfação será algo delicado de descrever. Os aspetos determinantes para o seu constructo tornam na realidade difícil a tarefa de a predizer.

Franchignoni (2002) sugere que a avaliação da satisfação representa as reações do cliente/doente aos cuidados de saúde decorrentes dos aspetos subjetivamente

mais relevantes na sua experiência nos cuidados recebidos, não sendo de todo claro como estas refletem as diferentes variáveis contextuais.

Pereira et al. (2001), citando Fitzpatrick & Hopkins, considera que os modelos teóricos existentes são insuficientes para explicar este constructo. No entanto, parece haver acordo em relação à natureza multidimensional da satisfação do cliente/doente, isto é, os clientes possuem opiniões muito distintas sobre aspetos diferentes dos cuidados de saúde, sendo uma das distinções comuns o aspeto técnico do cuidar e o aspeto humano ou interpessoal do cuidar, também chamado de “arte do cuidar”.

Johansson et al. (2002) exploraram as evidências existentes ao longo do final da década de 80 e década de 90 e, através da análise de trinta estudos, identificaram 8 domínios descrevendo os fatores que influenciam a satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem, em contexto hospitalar. São eles as características sociodemográficas dos clientes, as expectativas criadas em relação ao cuidado de enfermagem, o ambiente físico, a comunicação e informação, a participação e envolvimento, relações interpessoais cliente/doente-enfermeiro, as competências técnicas dos enfermeiros e a organização do sistema de saúde.

Na realidade, vários estudos no domínio da satisfação dos clientes com os cuidados de saúde e com os cuidados de enfermagem em concreto revelam que são também vários os fatores que parecem influenciar esta variável. Por outro lado, a forma como cada variável exerce a sua influência continua a envolver um certo grau de ambiguidade. Para darmos alguns exemplos, nos primórdios da década de 80, Ware e tal. (1983) identificaram oito dimensões que determinavam a satisfação dos clientes com os cuidados de saúde em geral; Yellen et al. (2002) estudando a satisfação dos cliente/doentes com os cuidados de enfermagem identificaram três componentes essenciais promotoras dessa satisfação e terminando com o estudo de Ribeiro (2005), no qual descreve o seu percurso da construção e validação de um instrumento para avaliação da satisfação dos clientes também em relação aos cuidados de enfermagem, conclui que a satisfação dos clientes integra seis dimensões distintas.



**Tabela 1 – Síntese de estudos sobre Satisfação dos Clientes e aspetos a ser valorizados**

| Fatores<br>Estudos  | Ambiente físico | Comunicação e informação | Participação e envolvimento | Relação interpessoal | Competências técnicas | Organização do sistema de saúde/ continuidade de cuidados | Disponibilidade | Eficácia/resulta dos dos cuidados |
|---|-----------------|--------------------------|-----------------------------|----------------------|-----------------------|---|-----------------|-----------------------------------|
| Ware et al. (1983) – <i>Defining and measuring patient satisfaction with medical care.</i>  | X               |                          |                             | X                    | X                     | X   | X               | X                                 |
| Yellen et al. (2002) – <i>The measurement of patient satisfaction</i>   |                 |                          |                             | X                    | X                     |   | X               |                                   |
| Johansson et al. (2002) – <i>Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study</i>                                       | X               | X                        | X                           | X                    | X                     | X   |                 |                                   |
| Ribeiro (2005) – <i>O percurso da construção e a validação de um instrumento para avaliação da satisfação dos utentes em relação aos cuidados de enfermagem</i> | X               | X                        |                             |                      | X                     | X   | X               |                                   |

Analisando alguns aspetos apresentados na tabela anterior, constata-se que as competências técnico-cognitivas, as competências relacionais e a continuidade/organização dos cuidados serão os aspetos mais relevantes para a satisfação dos clientes face aos cuidados recebidos (ou pelo menos os aspetos mais comumente referidos pelos clientes).

As competências técnico-científicas dos profissionais de saúde caracterizam-se pela preocupação e interesse, prontidão na ação, qualidade na ação, privacidade, comunicação e informação (Ribeiro, 2005:56). Johansson (2002) aponta que os fatores importantes para a satisfação do paciente foram os conselhos fornecidos pelos profissionais de enfermagem e o cuidar de forma tecnicamente correta. A ausência de dor física assim como o seu alívio foram atribuídos a uma boa prática. Em contrapartida, a falta de informação é apontada como uma das causas mais comuns de insatisfação. Pereira (2001, p.70), referindo-se a uma meta-análise de 41 estudos realizada por Roter verificou que o “*fator mais importante na satisfação do cliente era o fornecimento de informação por parte do profissional em relação ao seu problema e tratamento*”. Estes dois estudos – Johansson et al. (2002) e Pereira (2001) – examinaram a variável satisfação dos clientes relacionando-a, entre outras, com duas variáveis distintas, os cuidados de enfermagem e, no caso de

Pereira, com os cuidados médicos. É de registar que a relevância atribuída ao factor informativo é máxima.

*“As competências relacionais referem-se à forma como os profissionais de saúde atendem e acolhem os clientes, valorizando aspetos de dizem respeito às características pessoais dos profissionais de saúde, a atitude, o tom de voz e a postura”* (Ribeiro, 2005:55). Johansson et al. (2002) acrescenta o entendimento mútuo, o respeito, a confiança, a honestidade, a cooperação e o humor como aspetos determinantes na relação interpessoal cliente/doente-enfermeiro.

Os estudos efetuados que revelaram uma organização de cuidados de enfermagem que privilegiam a proximidade entre o profissional e o cliente, com cuidados personalizados, foram aqueles cuja satisfação dos clientes se revelou mais elevada. Esta dimensão do cuidar ostenta uma relação diretamente proporcional com a satisfação do cliente.

A organização e continuidade de cuidados integram aspetos como a organização da instituição, a organização dos cuidados de saúde, etc. Incluí aspetos que vão desde os recursos físicos disponíveis, recursos humanos, até à organização global do sistema nacional de saúde e a acessibilidade aos cuidados de saúde. Nesta dimensão, os profissionais de saúde assumem um importante destaque pois a sua intervenção pode ser determinante na avaliação que é feita pelos consumidores.

Os resultados obtidos pelos investigadores Johanson et al. (2002) demonstraram que a introdução dos cuidados prestados por profissionais que trabalham em equipas de dois elementos, o planeamento da assistência individual, documentação de enfermagem e controle de qualidade nas áreas de enfermagem contribuíram para a maior satisfação do paciente. Finalmente, um ambiente de trabalho saudável demonstrou ser importante na perceção dos clientes sobre a qualidade do cuidar; em contrapartida, a manifestação de insatisfação pelo enfermeiro pelas condições de trabalho exerce uma influência negativa na avaliação que é feita pelo cliente.

Em suma, é consensual que a área de atuação dos enfermeiros tem uma grande repercussão para a qualidade em saúde e, sobretudo, na perceção que os clientes têm da qualidade dos cuidados prestados, que por sua vez se reflete na satisfação global expressa pelos consumidores.

Alhusban e Abualrub (2009), num estudo sobre a temática da satisfação do cliente com os cuidados de enfermagem, formado por uma amostra de clientes internados em serviços de medicina, cirurgia e ginecologia, concluíram que as experiências

dos clientes com os cuidados de enfermagem foram positivas, sendo que a avaliação da satisfação foi moderada. Os aspetos positivos mais enaltecidos foram as capacidades e competências técnicas dos enfermeiros na realização das suas funções. Os aspetos negativos especificados foram a falta de disponibilidade dos enfermeiros para conversar e ouvir. Um aspecto que consideramos relevante foi o facto de terem incluído na amostra clientes de um serviço de medicina. Quando comparam serviços distintos, os resultados mostram que os participantes dos serviços de ginecologia apresentam níveis mais elevados de satisfação quando comparados com serviços cirúrgicos. Os participantes de serviços de medicina encontram-se numa posição intermédia.

Aprofundando a pesquisa realizada, explorámos a perceção de satisfação com os cuidados de enfermagem especializados em reabilitação. Da procura efetuada nas bases de dados (já referenciadas) foram encontrados alguns estudos nesta área, isto é, existem alguns estudos que relacionam a satisfação dos clientes com processos de reabilitação, embora o papel do enfermeiro especialista de reabilitação nem sempre seja claro.

Lui et al. (2004) referem que a maioria dos pacientes dependentes submetidos a processos de reabilitação avalia as experiências como benéficas mesmo quando ocorrem pequenos ganhos da sua incapacidade física. Os investigadores concluíram que, na perspetiva dos pacientes, o sucesso do processo de reabilitação depende da forma como os profissionais avaliam as necessidades dos clientes e como desenvolvem esforços nas questões da continuidade de cuidados e mecanismos de suporte na comunidade. Quando estas duas condições não estão preenchidas, os pacientes estão mais propensos a expressar insatisfação com a reabilitação e, por sua vez, com os profissionais que a representam.

Pryor & O'Connell (2008) analisaram a temática de uma forma mais profunda, explorando as conceções e expectativas dos enfermeiros sobre a reabilitação e a perceção dos enfermeiros sobre as conceções e expectativas dos pacientes sobre o seu processo de reabilitação. De acordo com os resultados há uma incongruência marcada entre os pontos de vista dos enfermeiros e pacientes no que concerne às conceções e expectativas da reabilitação, que se relacionam em quatro pontos-chave: mínimo de preparação prévia dos pacientes para a reabilitação; a perceção que os enfermeiros têm sobre a compreensão dos pacientes acerca de reabilitação é a de que a interpretam como uma atividade episódica; os enfermeiros têm a perceção que os pacientes possuem falta de consciência sobre as exigências de

reabilitação e, por último, a falta de motivação para participar num processo de reabilitação. Os resultados apontam para a importância de existir comunicação, partilha de informação e educação aos pacientes sobre a natureza da reabilitação, otimizando a participação e o envolvimento dos pacientes com a partilha de objetivos comuns.

Um outro estudo realizado por Mangset et al. (2008), de natureza qualitativa, procurou identificar fatores que contribuem para a satisfação do idoso com acidente vascular cerebral em reabilitação. Os resultados circunscreveram-se a uma categoria principal "Serem tratados com respeito e dignidade", como sendo o fator central que contribui para a satisfação dos pacientes com os serviços de reabilitação. Este fator principal, por sua vez, foi dividido em cinco subcategorias: ser tratado com humanidade, ser reconhecido como indivíduos, ter a sua autonomia respeitada, ter a confiança nos profissionais e o diálogo e troca de informação.

Expressões de satisfação surgiram principalmente como declarações gerais enquanto expressões de insatisfação em situações descritas em maior detalhe. Satisfação foi apenas ligado a experiências de cuidados diários e satisfação das necessidades básicas. Confiança nos profissionais e ser respeitado na sua dignidade pareciam aspetos estreitamente associados com a satisfação, com maior relevância do que estar envolvido em decisões do tratamento.

Transversalmente aos três estudos, podemos identificar aspetos comuns sobre condicionadores da satisfação dos clientes nomeadamente a comunicação, a partilha de informação e a participação. A relação interpessoal entre profissional de enfermagem e cliente é igualmente um aspeto importante para a satisfação global do cliente.

Gomes (2008) desenvolveu um estudo em que procurou identificar os contributos da especialização em Enfermagem de reabilitação para o desenvolvimento de competências e também os contributos da formação para o desenvolvimento do pensamento científico, realizado a 188 enfermeiros (generalistas e especialistas em enfermagem de reabilitação) e a 204 doentes. Os resultados da investigação apontam para um maior contributo da formação especializada em enfermagem, nomeadamente em enfermagem de reabilitação, na melhor prática de cuidados em saúde e na maior satisfação dos clientes.

Em termos genéricos, os aspetos determinantes para a satisfação são comuns àqueles referidos nos estudos do capítulo anterior, não existindo em termos gerais

diferenças acentuadas. Importa acrescentar que em todos os estudos analisados, a natureza da relação interpessoal exerce um carácter determinante na projeção da satisfação atingida.

Acresce-se ainda o facto de o enfermeiro ser ou não capaz de corresponder com os cuidados prestados às necessidades e expectativas dos clientes ou, por outro lado, conseguir gerir as expectativas existentes pode condicionar toda a vivência da hospitalização e dos cuidados recebidos. Como refere Johansson et al. (2002), as expectativas dos pacientes sobre os cuidados de enfermagem são de importância crucial para a forma como eles percecionam a satisfação no contexto dos cuidados de saúde. As expectativas dos pacientes relativos aos cuidados de saúde são no fundo o fator-chave no que à satisfação com os cuidados de enfermagem diz respeito. Vários fatores influenciam as expectativas dos clientes/doentes antes e durante o internamento (fig.1).

**Fig. 1 - Domínios e suas relações na influência da satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem**



**[FONTE: Johansson et al. (2002)]**

Antes do internamento, os fatores que influenciam as expectativas face aos cuidados são fatores do domínio sociodemográfico. Acrescente-se ainda neste domínio aspetos como as experiências anteriores com os cuidados de saúde em geral e cuidados de enfermagem, em particular. Durante o internamento, os aspetos que concorrem para as expectativas que os pacientes apresentam são o ambiente físico, comunicação e informação, participação e envolvimento, relação interpessoal, competências técnicas-médicas e a organização dos cuidados de saúde. Estes serão os domínios que qualquer enfermeiro que preste cuidados de enfermagem em ambiente hospitalar deve dominar e conhecer as suas relações com a satisfação dos clientes/doentes.

Numa análise transversal, a influência que a classe de enfermagem parece ter nestes diferentes aspetos não é em tudo similar. No que à organização dos cuidados de saúde, competências técnicas-médicas e ambiente físico, os enfermeiros têm uma dependência de cooperação com outros profissionais na construção da percepção de satisfação dos pacientes. Nos restantes domínios, nomeadamente, a comunicação e informação, a participação e envolvimento e a relação interpessoal, os enfermeiros têm uma maior oportunidade de exercer a sua ascendência pois são áreas que congregam as bases da profissão de Enfermagem.

Os pacientes realizam uma avaliação subjetiva contínua destes domínios, resultando na percepção que tem dos cuidados de Enfermagem. A percepção é então refletida em novas expectativas. Por sua vez, é a percepção de satisfação/insatisfação com os cuidados de Enfermagem que forma as bases para as expectativas dos pacientes num internamento seguinte.

Importa reter que a satisfação do doente pode não ter efeitos terapêuticos específicos. Contudo, o facto de diminuir a ansiedade e aumentar o autocontrolo e a adesão ao regime terapêutico pode contribuir para uma recuperação mais rápida. Não pode ser menosprezado a realidade de que um paciente que está satisfeito age em maior conformidade com o tratamento e conselhos que ele ou ela recebe dos profissionais de saúde (Johansson et al., 2002).

## 2. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR DO DOENTE DEPENDENTE

Vivemos numa realidade atual que coloca novos desafios á saúde e aos profissionais de saúde que dele fazem parte. Realidades como o aumento da sinistralidade, o aumento da longevidade da população e a prevalência crescente de doenças crónicas provocam incapacidades diversas, temporárias e definitivas. Daí resulta a necessidade de prevenir, restaurar ou minimizar a qualidade em saúde, para que a qualidade de vida destas pessoas seja a melhor possível.

Deparamo-nos com a presença de alguns conceitos que são centrais para o nosso estudo e sobre os quais é preciso refletir antes de avançar no caminho da investigação realizado.

Desta forma iniciámos esta abordagem pelo conceito de **Dependência**. De acordo com o Decreto-Lei nº 101/2006, dependência refere a *“situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza não consegue, por si só, realizar as atividades de vida diária”*. Segundo o ICN (2005), a “dependência” significa *“estar dependente de alguém ou de alguma coisa para ajuda e apoio”*.

Na perspetiva de Sequeira (2010), a dependência é um estado no qual uma pessoa necessita de transferir para terceiros as atividades tendentes à satisfação das necessidades humanas básicas no contexto de uma doença crónica, incapacidade ou deficiência; uma pessoa dependente necessita de ajuda de terceiros para sobreviver.

Assim, a independência está relacionada com a capacidade de desempenho de atividades de vida diária e de autocuidado. A dependência não implica uma alteração do funcionamento cognitivo e emotivo

O conceito de **autocuidado** é também um conceito relevante neste trabalho. A literatura apresenta-nos vários conceitos de autocuidado, pelo que pode existir alguma dificuldade em abranger a totalidade da sua dimensão. Segundo Orem (1995), o autocuidado a prática de atividades que as pessoas iniciam e fazem por elas mesmas, para a manutenção da vida, a saúde e bem-estar. O autocuidado tem de ser aprendido e executado deliberadamente e continuamente através da experiência, educação, cultura e conhecimento científico, crescimento e desenvolvimento em conformidade com as necessidades reguladoras dos indivíduos.

Quando é efetivamente realizado ajuda a manter a integridade estrutural e o funcionamento humanos, contribuindo para o desenvolvimento humano. O ICN (2005) define-o como a *“Atividade Executada pelo Próprio com as características específicas: Tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diária”*. O último conceito aqui apresentado é consistente com a teoria do défice de Autocuidado de Enfermagem de Orem, pelo que será a referência conceptual quando neste trabalho for utilizado o termo autocuidado.

A dependência e o autocuidado são termos que de alguma forma estão interligados. A dependência surge como um resultado do aparecimento de um défice, que limita a atividade, em termos da funcionalidade da pessoa, no seu autocuidado.

Verificando-se uma limitação na atividade do sujeito que não pode ser compensada na totalidade por uma ajuda técnica, esta necessita de ser compensada com a ajuda de outra pessoa. A função de ajudar recai em grande peso sobre a família. A família representa invariavelmente a primeira linha no apoio à pessoa doente ou dependente. Neste trabalho, é assumido o relevo que a família enquanto entidade avoca na singularidade do indivíduo doente internado num serviço hospitalar e na sua vivência do internamento.

A **família** tem sofrido ao longo do tempo imensas transformações e a literatura é o espelho dessas alterações. Várias disciplinas estudam a família com base numa multiplicidade de conceitos próprios criados de cada disciplina. A família pode ser definida como uma unidade *“composta por dois ou mais indivíduos, pertencendo ao mesmo ou a diferentes grupos de parentesco, que estão implicados numa adaptação contínua à vida, residindo habitualmente na mesma casa, experimentando laços emocionais comuns e partilhando entre si e com os outros,*



*certas obrigações*” (Johnson 1992, cit Stanhope & Lancaster, 1999). O Conselho Internacional de Enfermeiros descreve a família como *“Grupo com as características específicas: Grupo de seres humanos vistos como uma unidade social ou um todo colectivo, composta por membros ligados através da consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente. A unidade social constituída pela família como um todo é vista como algo para além dos indivíduos e da sua relação sanguínea, de parentesco, relação emocional ou de legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente, que constituem as partes do grupo”* (ICN, 2005; p.171). Estas definições permitem concluir que a família será quem os membros que dela fazem parte dizem que são. Igualmente se percebe que a família funciona como um sistema interativo, onde prevalece uma relação de interdependência entre os seus membros. Como sistema, a interdependência existente implicará que qualquer alteração num deles provoque a modificação dos outros elementos.

Assim, faz todo o sentido que a nossa abordagem á satisfação dos cuidados de enfermagem de reabilitação se centre simultaneamente na pessoa dependente e na família, em virtude da interligação dos subsistemas familiares.

Para que possamos compreender e estudar a vivência de internamento para a pessoa dependente traduzindo-se na satisfação expressa, existem conhecimentos que necessitamos dominar para além dos descritos no capítulo anterior. O conceito de família, como principal entidade cuidadora dos seus membros, o processo de hospitalização e o impacto deste para pessoa internada e seus familiares são aspetos cujo domínio tornam-se mais-valias no estudo da temática.

A família é a primeira unidade da sociedade onde o indivíduo se insere e consolida-se como a primeira instituição para a socialização e desenvolvimento individual, bem como a formação da sua personalidade (Martins, 2002). A família funciona como a célula vital da sociedade por onde se faz a transmissão de valores éticos, culturais, sociais e cívicos. Permanece como primeiro e principal suporte afetivo, pedagógico e social de todos os indivíduos. No domínio do comportamento de procura de saúde, a própria disciplina de enfermagem define a família como a *“...unidade básica da sociedade, na qual se processam os comportamentos humanos conotados com a saúde”* (Bolander, 1998, p.398).

A família possui igualmente uma história natural de vida, que se estende desde a gestação e nascimento até ao declínio e morte. Ao longo deste percurso, a

capacidade de adaptação às mudanças e de enfrentar e ultrapassar as crises é uma constante nas suas vivências.

Desta forma, ao longo da existência de uma família, diversas adaptações são exigíveis á mesma. As transições que ocorrem na família podem ser de carácter normativo, como são considerados os eventos de alguma forma previsíveis no ciclo de vida da família, ou não normativos, que integram os acontecimentos ocorridos de forma não previsível, acarretando mudanças imprevistas na dinâmica familiar. Estas situações de tensão, pelo impacto que provocam e pelas mudanças que implicam, conduzem a situações de crise.

A doença nunca é um acontecimento isolado na vida de uma pessoa. Processos de transição saúde-doença provocam reações diversas nas famílias e em cada um dos seus membros.

O processo de doença é, por norma, um processo de transição não normativo; é um fator desestabilizador da harmonia interna familiar, um desafio á capacidade de adaptação do doente e sua família. As reações possuem uma natureza multifatorial, mas dependem sobretudo da natureza da doença. Segundo Potter (1997), as doenças de curta duração e sem risco de vida provocam poucas alterações de comportamento. Por seu turno, as doenças graves, particularmente aquelas que implicam risco de vida, podem provocar alterações emocionais e de comportamento, tais como ansiedade, choque, negação, raiva e isolamento. Uma crise familiar é quase sempre desencadeada em situações agudas de doença, principalmente se houver perigo de vida.

O aparecimento súbito da dependência representa, quase sempre, uma crise na família determinada pela interrupção do que é esperado, isto é, da rutura com o estilo de vida anterior, originando uma mudança inesperada com o qual a família tem de lidar e se adaptar. Esta situação é agravada pelo confronto com o internamento hospitalar do membro afetado. A este propósito Martins salienta que *“A vivência de uma crise é, pois, influenciada pelos recursos que a família tem e pela forma optimista e positiva como a crise é encarada, aspecto para a qual muito contribui a experiência na vivência de problemas semelhantes no passado”* (Martins, 2004, p.151)

O grau de adaptação da família à doença passará irredutivelmente pela sua capacidade de mudança, o que naturalmente também se reflete sobre o próprio arranjo estrutural da família. Aspetos como o tipo e estrutura familiar, o momento do

ciclo vital em que a doença ocorre e o elemento diretamente atingido serão aspetos importantes a considerar neste desígnio. O resultado final da adaptação à doença/dependência provem da capacidade integrativa do indivíduo para lidar com o conflito e ainda a maneira como as relações familiares são desenvolvidas.

Assim, pode-se afirmar que o funcionamento da família, perante uma situação de dependência de um dos seus membros, está muito dependente da forma como esta desenvolve a capacidade de mobilizar os seus recursos, sejam internos, sejam externos, de forma a ultrapassar ou minimizar a situação de crise. Quando há desequilíbrio entre as exigências do contexto da doença e os recursos familiares, surge stress, tornando-se necessário um reajuste de papéis de todos os membros para colmatar as novas exigências.

Lazarus & Folkman (1984) definem stress como uma relação particular, dinâmica e bidirecional entre a pessoa e o meio, que é avaliada como afetando o bem-estar, porque excede os recursos adaptativos pessoais, isto é, para a qual o indivíduo não possui respostas prontamente disponíveis. Significa esta definição que o stress surge quando as estratégias de resolução são inúteis face às exigências no seio familiar.

Ao longo do ciclo de vida de uma família, o cuidar é habitualmente inerente à relação dos elementos que a compõem. Os cuidados providos são potencialmente interrompidos quando um dos seus elementos se vê confrontado com uma situação de doença que implique o recurso à assistência de saúde. É nesta situação de crise que, de alguma forma, se quebra o “cuidar” da família.

Tradicionalmente os enfermeiros cuidavam das pessoas no domicílio em contexto familiar, atendendo com frequência várias gerações. Esta situação terá evoluído e sido alterada com a modificação da família e a diferenciação dos cuidados nos hospitais, excluindo as famílias dos cuidados de saúde ao familiar doente e de todos os acontecimentos significativos. Apesar dos esforços que têm sido desenvolvidos e das reformas ao atual modelo assistencial em saúde, este continua a caracterizar-se pela prática de cuidados centralizados na prevenção secundária, em ambiente hospitalar, onde a dimensão tecnológica impera.

O processo de hospitalização por si só abarca vários obstáculos à autodeterminação familiar. Perante uma situação de hospitalização “(...) os familiares sentem-se perdidos, por vezes mesmo desprotegidos e envolvidos num

*ambiente desconhecido, regido por um sem número de regras muito distintas do seu contexto familiar”* (Martins, 2002).

A doença e a hospitalização de um indivíduo implicam mudanças importantes nas rotinas e dinâmicas familiares. Perante uma situação de dependência, a família terá de manter o cumprimento das suas funções habituais e, simultaneamente, tentar adaptar-se às exigências acrescidas, resultantes da dependência de um dos seus membros. A situação aguda exige da família uma mobilização rápida para adaptar-se ao momento de transição e capacidade de lidar com a crise desencadeada. O processo de adaptação passa por aceitar a ideia de um membro dependente na família, modificar as suas expectativas, projetos individuais e comuns e rotinas de modo a adaptarem-se à nova realidade. A mesma autora refere que *“A forma como a dependência gerada vai ser vivida pelo paciente e pelos seus familiares dependerá, em muito, do modo como a própria doença é aceite e vivida, já durante o internamento, bem como da configuração relacional prévia à doença, nomeadamente no tocante à vivência do dinamismo dependência-autonomia e individualidade-coesão familiar”* (Idem, 2004; p. 154).

Por outro lado, é igualmente comum surgir um contexto relacional de superproteção, por causas diversas. O importante a reter é o de que essa realidade funciona, habitualmente, como impeditiva ao processo de reabilitação (Martins, 2004).

Outras situações familiares existem em que algum dos seus membros esteja à espera de ter oportunidade de viver o prazer de abdicar da sua própria vida em favor do outro. Quer isto dizer um membro família espera ocupar o papel de prestador de cuidados, abdicando da sua própria vida, para evitar entrar em contacto com a sua própria angústia. Em oposição, pode surgir o comportamento de total falta de atenção dos familiares desenvolvida para evitar entrar em contacto com a angústia desencadeada pela deficiência.

Importa ainda referir uma realidade cada vez mais premente na sociedade Portuguesa, sobretudo para a população idosa, que é o abandono hospitalar de idosos.

Nos serviços do Ministério da Saúde ninguém sabe ao certo o número de pessoas internados no hospital porque não têm outro sítio para onde ir. Nem a Direção Geral de Saúde, nem a Administração Central do Sistema de Saúde nem o Instituto de Segurança Social apontam um número redondo. O que possível compreender é a

tendência de envelhecimento demográfico. A população residente em Portugal em 31 de Dezembro de 2009 foi estimada em 10.637.713 indivíduos, sendo composta por 15,2% de jovens (com menos de 15 anos de idade), 17,9% de idosos (65 e mais anos de idade) e 66,9% da população em idade ativa (dos 15 aos 64 anos de idade). Significa isto que a relação entre o número de idosos e de jovens traduziu-se num índice de envelhecimento de 118 idosos por cada 100 jovens (INE, 2010).

Também por esta realidade, quando um elemento se torna doente e dependente, sobretudo se se trata de um elemento idoso, há situações em que de facto as instituições como os hospitais se tornam as únicas casas dos idosos, permanecendo internados mesmo quando já não precisam de cuidados. Alguns são pessoas sozinhas; outros possuem família mas a família reúne características funcionais para os cuidar; outros ainda não conseguem encontrar soluções ou não tentam. Quando falámos de pessoas com necessidades e conscientes dos factos, a situação é ainda mais grave, em virtude dos sentimentos de solidão e rejeição que lhes abarca.

Por tudo o que foi referido, o Enfermeiro com formação especializada na área de Reabilitação, desenvolvendo uma intervenção individualizada, com a prestação de cuidados individualizados, à pessoa dependente inserido na família e na comunidade, poderá representar uma mais-valia para a qualidade dos cuidados de saúde, ao processo de adaptação do utente dependente e da respectiva família a uma situação de dependência e a satisfação de todos os intervenientes com os serviços de saúde.

No capítulo que se segue procuraremos efetivar a mais-valia que a Enfermagem e, sobretudo, a Enfermagem especializada em Reabilitação podem representar para o cliente e família que experienciam um internamento. Serão ainda aprofundados conceitos que considerámos centrais na compreensão do fenómeno estudado e importantes para a análise e discussão dos resultados.



### 3. ENFERMAGEM: UM CONTRIBUTO NA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

A vivência da hospitalização é um processo que determina a satisfação de várias necessidades á pessoa que a experiencia, que podemos aglomerar no conceito *cuidar*. Neste sentido e no âmbito deste estudo, justifica-se inserir um capítulo alusivo ao conceito de cuidar na perspetiva da enfermagem aos clientes dependentes e seus familiares. Terá utilidade para a reflexão dos resultados da investigação desenvolvida e contribuirá para a evolução da assistência hospitalar.

Desde os primórdios da humanidade, a preservação da vida e da humanidade se garantiu pelo cuidar: cuidar de si, cuidar do próximo. Na era atual ainda assiste-se a esta tradição antiga d'o *Cuidar*. Pese embora o cuidar se tenha manifestado de forma diferente em função dos contextos, momentos, circunstâncias e evolução histórica, não sendo exclusiva a um determinado ofício ou profissão, estando unicamente entregue a indivíduos com proximidade/relação pessoal entre si até determinado momento da história, acabou por sofrer mudanças sendo criadas uma diversidade de práticas de cuidados desempenhadas por vários profissionais.

A partilha do mesmo objetivo não esvazia de sentido o conceito desta multidisciplinaridade; antes coloca a tónica na singularidade do olhar lançada sobre aquele objeto por cada uma das disciplinas da área da saúde (Pereira, 2009).

Por conseguinte, a saúde reveste-se de grande dinamismo estruturando-se como desafio aos enfermeiros desenvolver processos capazes de ajudar os clientes a mobilizar todos os seus recursos internos e do meio envolvente, por forma a reconstruir uma representação mental do seu estado de saúde, alicerçada nas capacidades de lidar de forma eficaz com os desafios que se lhe colocam e em sentimentos de auto controlo nas transições. Este desafio colocado pode ser entendido como um ideal que suporta as relações de cuidados, o que nos permite perspetivar a enfermagem como uma ciência do cuidar (Meleis, 2005; cit. por Pereira, 2009).

O cuidar revela-se e afirma-se como foco e expressão central da profissão da enfermagem. Tal como afirma Caldas (2000) “*o cuidado é o fundamento da ciência*

*e arte de Enfermagem. Este cuidar é uma atividade que vai além do atendimento às necessidades básicas do ser humano no momento em que ele está fragilizado. É o compromisso com o cuidado existencial, que envolve também o autocuidado, a autoestima, a auto-valorização, a cidadania do outro e da própria pessoa que cuida”:*

O conceito de cuidar sempre se revestiu de grande importância para os teóricos de enfermagem. Kérouc e seus colaboradores (1994) abordam uma escola do pensamento de enfermagem designada por “*Escola do cuidar*”, cujos expoentes máximos são Leininger e Watson.

Pereira (2009) na sua busca literária conceptualiza o conceito de cuidar como um ideal e imperativo moral e um traço humano, a dimensão estética e artística dos cuidados, a substância da relação de cuidados, uma intervenção de enfermagem ou uma meta. Será a enfermagem a ciência do cuidar?

Neste enquadramento será importante distinguir o cuidar enquanto um traço de qualquer ser humano e o “*cuidar profissional*”; perceber que para cuidar de alguém é necessário saber muitas coisas.

A enfermagem é entendida como a profissionalização da capacidade de cuidar (Roach, 1987; cit. por Pereira, 2009), tendo existido um significativo incremento no reconhecimento do cuidar como um campo de pesquisa filosófica, ética e epistemológica em enfermagem (Stevenson & Tripp-Reimer, 1990; cit. por Watson e Smith, 2002).

A prática do cuidado na enfermagem pressupõe uma esfera global que se baseia na assistência a uma pessoa em determinada fase da sua vida, independentemente da idade e condição, na qual se pode inserir o cuidado à pessoa com dependência (independentemente da etiologia e condição) e sua família. Como afirma Pereira (2009, p. 43), “*a enfermagem assenta na valorização do conhecimento e dos recursos das pessoas relativamente aos fenómenos que as afectam durante as transições que experimentam e, nessa medida, na partilha de campos fenomenológicos entre a pessoa que cuida e a que é cuidada, num plano de paridade*”.

Todo este processo de cuidar traduz-se em ações interativas estabelecidas entre quem presta o cuidado e quem o recebe, partilhando objetivos comuns e potenciando o crescimento e enriquecimento recíproco.



Nesta medida é importante considerar um modelo teórico que, focalizando-se na pessoa humana, deu um contributo importante para a definição do papel do indivíduo no seu cuidado e que se destaca pela assistência à pessoa com dependência e seus familiares: Teoria de Autocuidado de Orem (Orem, 1991).

O modelo teórico de Orem veio revolucionar os anteriores, uma vez que se expressa na ideia mais libertadora e dinâmica, até aqui introduzida, no exercício da enfermagem. O indivíduo é o agente do seu autocuidado. Os adultos têm a responsabilidade de cuidar de si próprios com a finalidade de manter a saúde, a vida e o bem-estar. Esta responsabilidade pode-se alargar a outros, incluindo a família e comunidade.

A autora refere que nenhum teórico em particular influenciou o seu trabalho e que a experiência e o contacto com outras enfermeiras foram de grande importância para o seu modelo. Contudo, este encontra-se associado à teoria Humanista, que está fundamentalmente voltada para o ser humano, dando relevo ao facto de ele existir e à qualidade da sua existência. Esta teoria contextualiza-se na Escola das Necessidades, que se baseia na pirâmide de Maslow e nas etapas de desenvolvimento de Erikson.

Orem desenvolveu a Teoria Geral de Enfermagem correlacionando três teorias: teoria do autocuidado, teoria do défice de autocuidado e a teoria dos sistemas de Enfermagem.

Orem desenvolve todo o seu trabalho em torno do indivíduo e concebe-o como um organismo biológico, racional, com capacidade para se conhecer e utilizar as ideias, as palavras e os símbolos para pensar, comunicar e guiar os seus esforços. Tem capacidade de refletir a sua própria experiência com objetivo de levar a cabo ações de autocuidado e de cuidado dependente. Acredita que o indivíduo tem potencial para aprender e desenvolver-se.

A autora (Orem, 1991) descreve e explica o seu autocuidado como a prática de atividades iniciadas e executadas pelos indivíduos em seu próprio benefício para manutenção da vida, saúde e bem-estar contínuos. São condutas aprendidas que regular intencionalmente a integridade estrutural, o funcionamento e desenvolvimento humano. Entende que o autocuidado está intimamente relacionado com a sociedade/ambiente, que compreende como sendo o lugar e circunstância em que a pessoa existe e que afeta a sua capacidade de desenvolver as atividades de autocuidado.

Denomina a pessoa que toma medidas para o autocuidado de *agente de autocuidado*. Provedor de cuidados a bebés, crianças e adultos dependentes como *agente de cuidados dependentes*. Por *capacidade de autocuidado* entende como uma conduta auto-processada, aprendida através de relações interpessoais e de comunicação.

Os meios para satisfação de exigências de regulação, funcionamento e desenvolvimento do organismo são denominados *requisitos de autocuidado* e são classificados em três categorias: universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde.

Os *requisitos universais* são comuns a todos os seres humanos durante todas as etapas do ciclo vital, de acordo com a idade, estado de desenvolvimento e fatores ambientais. Quando se proporciona de maneira efetiva o autocuidado, estes reforçam a saúde e o bem-estar do indivíduo.

Os *requisitos de desenvolvimento* favorecem o processo de vida e maturação, e impedem as condições prejudiciais ao crescimento e maturação ou minimizam os seus efeitos.

Os *requisitos de desvio de saúde* são as mudanças no estado de saúde que produzem uma dependência total ou quase total de outros, devido à necessidade de manter a vida e o bem-estar. Surgem devido à doença e são carências que aparecem porque a doença ou a incapacidade impõem uma mudança no comportamento do autocuidado, ou seja, a pessoa passa do papel de agente de autocuidado à de recetor de cuidados. Procurar o médico e participar nos cuidados de restituição da saúde constituem ações de autocuidado.

A totalidade de ações de autocuidado devem realizar-se durante um certo tempo, para satisfazer os requisitos, mediante a utilização de métodos válidos e séries relacionadas de ações ou operações, denominadas de necessidade de autocuidado terapêutico.

Assim, podemos concluir que “ *A teoria do autocuidado refere-se à prática contínua de atividades que os indivíduos desempenham pessoalmente, em seu benefício próprio para manter a vida, a saúde e o seu bem-estar. É um processo cujas atividades são apreendidas e, por isso estão diretamente relacionadas com as crenças, os hábitos, a cultura e os costumes do grupo ao qual pertence o indivíduo. Estão associados aos seus estádios de crescimento e de desenvolvimento, estado de saúde, níveis de consumo de energia e factores ambientais. O autocuidado*

*deriva das necessidades e das preferências do próprio indivíduo.”* (Marriner, 2002; p. 218)

Orem (1985, p. 128) refere que o requisito fundamental para a necessidade de intervenção de Enfermagem é [no adulto] a ausência de capacidade para manter o autocuidado de forma contínua e nas quantidades e qualidades necessárias para sustentar a vida, a saúde, para se recuperar da doença e suportar os seus efeitos, mas poder-se-á igualmente prever uma relação de défice no futuro devido a uma diminuição das capacidades de autocuidado, aumentos quantitativos ou qualitativos na procura para o cuidado ou ambas.

A mesma autora (Orem, 1985: p. 128) sublinha que a *teoria do défice de autocuidado* constitui a essência da sua teoria geral. A enfermagem é necessária quando se perde o equilíbrio entre os requisitos de autocuidado e a capacidade para os satisfazer passando esta a não conseguir dar resposta aos requisitos de autocuidado. Os cuidados de enfermagem são divididos em cinco áreas de atuação:

- 1) Iniciar e manter um relacionamento enfermeira-cliente com o indivíduo, família ou grupo até que o paciente possa ser capaz de satisfazer as suas necessidades;
- 2) Determinar se e como os clientes podem ser ajudados através da enfermagem;
- 3) Responder às solicitações, desejos e necessidades dos clientes em relação ao contacto e à assistência de enfermagem;
- 4) Prescrever, proporcionar e regular a ajuda direta aos clientes e/ou pessoas significativas em forma de cuidados de enfermagem;
- 5) Coordenar e integrar a enfermagem na vida diária do cliente.

Para satisfazer os cuidados de enfermagem nas diferentes áreas de atuação, Orem (Idem) identifica alguns métodos de ajuda, como sendo: agir ou fazer para o outro; orientar o outro; proporcionar apoio físico e psicológico; proporcionar e manter um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal; ensinar. Estes métodos podem ser utilizados isoladamente ou em conjunto.

Para satisfazer os requisitos de autocuidado do indivíduo, Orem (1985, p. 152) identificou três classificações de sistemas de enfermagem: sistema totalmente

compensatório, sistema parcialmente compensatório e sistema de apoio e educação.

O sistema totalmente compensatório é aplicado quando o cliente encontra-se incapaz de executar atividades de autocuidado e a enfermagem compensa essa incapacidade. Existem três tipos de situações que podem exigir a aplicação deste sistema: situações em que o cliente se encontra totalmente incapacitado tanto física como mentalmente, incluindo os clientes inconscientes; situações em que o cliente se encontra completamente incapacitado fisicamente mas consciente e situações em que o cliente se encontra com perturbações da atividade psicomotora (cliente violento, hipoativo ou hiperativo).

No sistema parcialmente compensatório existe a distribuição da responsabilidade do autocuidado pelo enfermeiro e pelo cliente. Esta distribuição depende: das limitações físicas que o cliente apresenta ou limitações prescritas pelo médico; dos conhecimentos científicos e técnicos e habilitações necessárias para aplicar determinadas ações específicas; e das condições psicológicas do cliente para aplicar ou aprender a aplicar ações específicas.

O sistema de apoio e educação aplica-se quando a incapacidade do cliente executar determinadas atividades terapêuticas reside na falta de informação ou conhecimento de suporte. É o único sistema válido quando as necessidades de assistência de um cliente estão relacionadas com a tomada de decisão, o controlo de comportamento e a aquisição de conhecimentos ou habilidades. O papel da enfermagem foca-se no ensino ao cliente ou à sua estrutura de suporte.

De acordo com Orem, os enfermeiros deveriam selecionar o tipo de sistema de enfermagem ou a combinação sequencial de sistemas que causariam um efeito excelente na consecução da regulamentação desejada das atividades de autocuidado dos clientes e na satisfação das suas exigências de autocuidado.

Orem (1991) define a Enfermagem como um *“conjunto de ações executadas pelos enfermeiros, intencionalmente selecionadas para ajudar o individuo ou grupo de indivíduos a seu cuidado para manter ou alterar a sua condição ou o ambiente”*. Documenta-a como arte, ação: arte de enfermagem como sendo a qualidade dos profissionais de enfermagem que permite que eles façam investigações criativas, análises e sínteses das variáveis e fatores condicionantes, nas situações de enfermagem, para trabalhar em direção à meta de produção de sistemas de assistência de enfermagem eficientes para o individuo e unidades multipessoais.

O processo de enfermagem é definido por Orem (1985, p. 222-232) como um método de determinação das deficiências de autocuidado e a posterior definição dos papéis da pessoa ou enfermeiro para satisfazer as exigências de autocuidado.

Para Orem, a *Pessoa* diferencia-se de todos os outros seres vivos pela sua capacidade de refletir sobre si mesmo e seu ambiente, simbolizar o que eles experimentam e usar as criações simbólicas para pensar, comunicar-se e orientar os esforços para fazer coisas que são benéficas para si e para os outros (George, 2000). A pessoa será um ser em constante interação com o seu meio, que se distingue dos restantes seres vivos, pela experiência que daí adquire. Nesta medida, falamos numa capacidade inata de aprendizagem que assiste a Pessoa em todas as valências da vida, onde se integra o preenchimento das necessidades de autocuidado.

A relação Enfermeiro-utente é de cariz complementar na medida em que ambos concorrem para o objetivo primordial que é o autocuidado. O enfermeiro ajuda o indivíduo a alcançar o máximo do seu potencial para se auto-cuidar de forma parcial ou totalmente compensatória, procurando a adaptação do indivíduo. O apoio profissional pode ainda consistir somente no apoio educacional e de suporte, em que o papel do enfermeiro é capacitar o cliente para o papel autónomo do autocuidado.

Assim sendo, no que confere à assistência hospitalar a clientes dependentes, a teoria de Orem confere utilidade e revela-se uma mais-valia já que o enfermeiro, á luz da teoria de Orem, convicto de que a Pessoa *“tem o potencial de aprender a desenvolver-se”* (George, 2000), tem uma atuação profissional em complementaridade com o cliente, estimulando-o simultaneamente à máxima autonomia e independência possíveis. É ainda esperado da Pessoa na sociedade moderna, nomeadamente da Pessoa adulta, que seja auto-confiável e responsável pelo seu autocuidado e pelo bem-estar dos seus dependentes.

A exploração que foi realizada acerca das perspetivas teóricas de enfermagem, enquanto ciência orientada para a prática, orientada para a saúde e centrada no conceito de cuidar, permitem-nos desenhar os limites que moldam o domínio da disciplina e do seu conhecimento próprio.

Contextualizando a teoria à circunstância socioeconómico atual, é determinado a existência de uma maior eficiência e eficácia com controlo de custos pelas entidades individuais e coletivas prestadoras de cuidados de saúde. Significa isto

que a extensão e a intensidade da relação do cliente/doente com a instituição de saúde é tendencialmente mais curta mas com a maximização do tempo e da quantidade e qualidade dos serviços de saúde prestados. Orem determina que a relação Enfermeiro-cliente varia tendo em conta: as capacidades, as limitações e o poder do cliente para a realização de autocuidado; significado que o cuidado de Enfermagem assume relativamente ao bem-estar presente e futuro do cliente; e, por fim, a eficácia que o Enfermeiro apresenta para desempenhar profissionalmente o seu papel.

Desta forma, ao ser detentor de uma visão holística na assistência hospitalar ao cliente dependente, encarando-o como um ser único, o enfermeiro deve desenvolver um plano de intervenção dentro das suas competências, que deverão ir de encontro à satisfação das necessidades identificadas junto do cliente e/ou da sua família, de forma conjunta com os restantes membros da equipa multidisciplinar. A tónica do cuidar em enfermagem é *“fazer com o outro”* atendendo e satisfazendo as suas necessidades na busca da máxima funcionalidade possível, no respeito pela dignidade da pessoa humana.

É nesta relação dinâmica do cuidar que os cuidados de enfermagem se centram, no qual cada enfermeiro deve cuidar de cada sujeito tendo em conta as suas necessidades e desejos. A enfermagem de reabilitação tem bem presente a sua área de atuação. *“A reabilitação, enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência. Os seus objetivos gerais são melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a auto –estima”* (Regulamento nº125/2011, p.8658). É premente no panorama atual da saúde *“a presença da equipa de reabilitação, dentro do hospital geral, observando a incapacidade potencial no paciente agudo é essencial para que se previna o agravamento das lesões e incapacidades secundárias. A equipa de reabilitação também auxilia o paciente e familiares a se adaptarem à nova condição de vida e oriente sobre os recursos de reabilitação disponíveis e mais adequados para a continuidade do tratamento”* (Greve, 2007).

Os enfermeiros especialistas são reconhecidos pelas suas competências científicas, técnicas e humanas para prestar cuidados gerais e especializados na área de reabilitação. A sua presença numa equipa multidisciplinar é prova do interesse genuíno pela melhoria da qualidade em saúde.

Os cuidados de enfermagem de reabilitação devem dar resposta às necessidades cognitivas, afetivas e comportamentais dos clientes e familiares. *“O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas. O nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida permitem -lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa”* (Regulamento nº125/2011, p.8658).

Na sua intervenção, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação *“utiliza técnicas específicas de reabilitação e intervém na educação dos clientes e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade, proporcionando -lhes assim, o direito à dignidade e à qualidade de vida”* (Regulamento nº125/2011, p.8658). Nesta conceção de cuidados, cabe ao enfermeiro especialista interagir com a pessoa (ou alguém que o substitua quando este não é capaz) no sentido de desenvolver atividades que permitam maximizar as suas capacidades funcionais, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel. Como é referido pela Ordem dos enfermeiros (2002, p.8) a relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem *“desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico, que tem por objectivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projeto de saúde”*. Mais acrescenta que são várias as circunstâncias em que a parceria deve ser estabelecida e, sem dúvida que, no âmbito da prestação de cuidados de reabilitação, a relação de parceria torna-se basilar.

Sendo assim, o enfermeiro de reabilitação desempenha potencialmente um papel fundamental na vida das pessoas com dependência e nas suas famílias, pois é a pessoa que informa, ensina, executa exercícios e técnicas para melhorar a função, treina, assiste, supervisiona, apoia emocionalmente, etc., permitindo uma melhoria da qualidade de vida.

O êxito de um processo de reabilitação, nomeadamente a maximização da funcionalidade das capacidades da pessoa, depende de inúmeros fatores. Sem individualizar neste momento qualquer caso específico, a melhoria funcional da pessoa depende do ambiente que rodeia essa mesma pessoa, da motivação e do treino no contexto dos cuidados de reabilitação. Esta afirmação pressupõe que o ambiente que rodeia o processo de cuidar da pessoa deve apresentar

características terapêuticas para que funcione como fator promotor da reabilitação e não como um impacto negativo do cuidar. A incapacidade para a realização do autocuidado requer a presença mais ou menos constante de uma pessoa. A forma como a dependência gerada vai ser vivida pela pessoa dependerá, em grande medida, do modo como a própria doença é aceite e vivida durante o internamento.

É capital para o êxito dos processos de transição saúde - doença e dependência - autonomia a integração de três entidades. Obviamente falamos do *sujeito*, a pessoa que padece de dependência e tem um papel central no processo de reabilitação; também óbvia a competência das *instituições de saúde* na reabilitação funcional da pessoa, neste trabalho de investigação, centrada na figura do Enfermeiro especialista de reabilitação; e finalmente, o *suporte familiar* e social.

No capítulo anterior mostramos como a dependência afeta a pessoa na sua individualidade e toda a sua envolvência, a começar pela família. “...*Com o estabelecimento de uma deficiência em um de seus membros, geralmente ocorrem inversões de papéis, sofrimento pelas perdas e uma mudança na maneira de perceber o paciente.*” (Alves et al, 1999:141 cit. por Martins 2004, p. 152). A família terá de alterar determinadas rotinas e atividades. O grau de adaptação da família à doença e à dependência dependerá da forma como é encarado e gerido o stress experimentado. As formas como a família pode reagir a uma crise deste cariz já foram enumeradas previamente neste trabalho.

No entanto, parece-nos determinante individualizar o papel que a família representa na vivência da dependência pelo indivíduo e em que medida a “*saúde familiar*” é determinante no processo de recuperação.

Antes de avançar importa reavivar o leitor que a dependência é um conceito central neste trabalho. Sublinhamos novamente este último aspeto pela sua importância na compreensão do trabalho e pelo facto de que a variância da sua tradução na prática, consoante também a gravidade, prognóstico e grau de dependência, assume implicações diferentes na dinâmica familiar.

Representando a família um papel fundamental na vida de cada indivíduo á qual se atribuem inúmeras funções, obrigatoriamente é atribuído à família um determinado papel no processo de reabilitação da pessoa. Aliás, o conceito de envolvência no planeamento de metas para a reabilitação de adultos com deficiência não é novo. Na verdade, é comum nos dias que decorrem ouvir familiares descreverem-se como sendo parte integrante da equipa de reabilitação.



Alguns estudos têm examinado os efeitos do suporte familiar durante a recuperação da pessoa com deficiência. Levack et. al. (2008), concluíram num estudo qualitativo realizado a vários profissionais de saúde da área de reabilitação, com áreas específicas de atuação, que a opinião consensual era a de que o envolvimento da família no processo de reabilitação representava uma mais-valia para o alcance das metas definidas.

Acredita-se que os membros da família têm maior probabilidade de estar dispostos e aptos a apoiar a equipa de reabilitação se tenham estado envolvidos em processos decisórios, como no planeamento de metas, desde o início da reabilitação. Também tem sido sugerido que os membros da família estão em uma boa posição para atender pacientes com a transferência de habilidades e conhecimentos adquiridos no ambiente hospitalar para o ambiente doméstico. É a oportunidade por excelência para educar a família sobre princípios e práticas de reabilitação. Além disso, o envolvimento dos familiares no planeamento de metas tem sido equacionado como uma estratégia para a identificação precoce das expectativas dos familiares sobre os resultados do paciente, permitindo que o debate dessas expectativas para ocorrer, se necessário. Finalmente, foi sugerido que os membros da família podem representar perspetivas do paciente sobre o planeamento de metas em situações em que os pacientes não são capazes de defender-se (Levack, Siegert, Dean & Mcpherson, 2008).

Pela adoção destas evidências pretende-se reduzir o risco de potenciais conflitos relacionais com os familiares durante o processo de reabilitação. Por outro lado, procura-se fomentar um papel proactivo dos membros da família no processo de reabilitação que passa pelo incentivo aos pacientes de modo a que estes se identifiquem e se comprometam em crescendo com as metas e as atividades delineadas. Mais se acrescenta que o envolvimento dos familiares é uma forma de permitir e apoiar os próprios a manter a esperança na reabilitação e, por sua vez, a esperança dos pacientes.

Assim, não é com surpresa que a envolvimento tanto dos familiares como dos clientes, no processo de planeamento de metas, seja um método adotado por uma maioria dos serviços de reabilitação, sempre que assim seja possível.

Não obstante, o envolvimento da família no processo de reabilitação pode determinar igualmente uma dificuldade acrescida. Em determinados momentos, familiares são descritos como fontes de potencial perturbação. Em várias ocasiões, os membros da família possuem objetivos pessoais e pré-conceitos dos eventos

associados com a doença ou deficiência do paciente, não passíveis de serem negociados e que nem sempre correspondem àqueles que os profissionais de saúde consideram realistas (Levack et al., 2008).

Os mesmos autores, que elaboraram um estudo para explorarem o modo como os profissionais de saúde falam sobre o envolvimento das famílias no planeamento dos objetivos durante a reabilitação de adultos com lesão cerebral adquirida, encontraram evidências de que os membros familiares podem representar potenciais barreiras à negociação dos objetivos entre os profissionais de saúde e os pacientes e perturbar o desenvolvimento da relação terapêutica paciente-terapeuta. Nestes casos, quando os interesses dos pacientes são potencialmente colocados em causa e processos de negociação impraticáveis, os familiares podem ser afastados do processo em questão.

Vários estudos demonstram que muitos sobreviventes de acidentes vasculares cerebrais, apesar de atingirem uma recuperação física substancial, não têm uma prestação funcional compatível com a capacidade potencial que lhes é reconhecida. Clark e Smith (1999) atribuem muita dessa incapacidade a uma natureza social ou psicológica, não podendo ser justificada pela idade ou enfraquecimento físico. Além disso, verifica-se um declínio dramático nas suas atividades de lazer e sociais muito além do que pode ser justificado pela incapacidade física. As deficiências e incapacidades consequentes a um processo patológico provocam frequentemente uma mudança complexa nas relações com os que lhe são próximos.

Os autores identificados no parágrafo prévio, num estudo realizado com os objetivos principais de identificar comportamento de doença anormal<sup>1</sup> em doentes em fase de reabilitação de AVC e examinar os efeitos relativos do comportamento de doença anormal, depressão, funcionamento familiar, conhecimento acerca das AVD's e as expectativas da reabilitação na reabilitação a longo prazo, verificaram que o comportamento de doença anormal foi um elemento determinante de incapacidade funcional a longo prazo, enquanto a depressão foi associada a um funcionamento social mais pobre. O funcionamento familiar revelou-se um fator determinante no potenciamento das atividades sociais, bem como das atividades

---

<sup>1</sup> Em inglês *Abnormal illness Behaviour* (AIB) - uma extensão dos conceitos de papel de doente e do comportamento da doença: ocorre quando o paciente mantém um comportamento doentio, que é desproporcional à patologia objectiva e em doenças crónicas ou deficiência geralmente envolve uma persistência inapropriada no papel de doente (Pilowsky I., 1989 cit. Clark & Smith, 1999).

que o paciente realmente faz, em vez daquelas que teria potencial para fazer. Mais acrescentam que um melhor funcionamento familiar está associado a uma maior conformidade com os programas de tratamento pós-AVC e maior satisfação do paciente com a reabilitação. Papel de destaque exerce o conhecimento acerca do processo patológico e as expectativas criadas: um bom conhecimento e expectativas claras de reabilitação revelaram ser determinantes importantes de reabilitação com sucesso, devendo ser nutridas de modo a garantir bons resultados de reabilitação.

As conclusões que daqui advém são a de que os fatores psicológicos são cruciais para determinar um resultado a médio/ longo prazo com o processo de reabilitação. Mais importante para o contexto do nosso trabalho é perceber que a incapacidade do doente pode afetar profundamente o funcionamento familiar e a um melhor funcionamento familiar parece estar associado a uma maior adesão aos programas de reabilitação, ganhos em saúde, bem como a uma maior satisfação do doente com a reabilitação.

O suporte social e familiar serão fundamentais na manutenção e recuperação de uma pessoa dependente. Quando a dinâmica familiar é boa, o paciente vai funcionar e sentir-se melhor (Visser-Meily et al., 2006). Os membros familiares precisam igualmente de suporte emocional e de estarem informados para que eles próprios sejam âncoras de apoio aos pacientes com dependência nesta fase das suas vidas. Os pontos fortes, fracos e necessidades de cada um dos elementos da família devem ser avaliados em todas as fases do processo de reabilitação para o êxito do processo de cuidar.

A Enfermagem de reabilitação, sendo uma área da enfermagem com conhecimentos específicos, a nível técnico e conceptual e pela sua área de intervenção igualmente específica, é fundamental na concepção, implementação e monitorização dos cuidados baseados nos problemas das pessoas com estas necessidades individuais. A utilização de técnicas específicas de reabilitação e intervenção na educação dos clientes e pessoas significativas, no planeamento de alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade visa, em última estância, a proteção do direito à dignidade da pessoa humana e à qualidade de vida (Regulamento nº 125/2011, p.8658)

Neste capítulo tivemos a preocupação de enfatizar o papel da Enfermagem na assistência hospitalar ao cliente com dependência.

De facto, os *Enfermeiros*, pela sua formação científica e humanista, encerram em si a profissionalização do cuidar, e pela sua posição estratégica no sistema de saúde, podem e devem gerir processos de transição da vida humana. Espera-se que os profissionais de enfermagem possuam competências para organizar, coordenar e estruturar os cuidados nos diferentes níveis de prevenção.

Para cuidar da pessoa dependente no sentido mais amplo do termo é necessário conhecer a pessoa, o seu meio e ser capaz de otimizar ao máximo o processo de reabilitação através da potenciação das capacidades dos clientes.

O impacto da situação da dependência sobre a família e o papel da família no processo de transição do indivíduo com dependência é multifacetado.

Parece-nos fundamental o maior conhecimento sobre a intervenção dos enfermeiros especialistas de reabilitação na pessoa com dependência e os ganhos de satisfação promovidos por essa intervenção. Além disso, sendo a enfermagem de reabilitação uma área da enfermagem que exige conhecimentos específicos necessita de caracterizar os resultados dos cuidados da sua área de abrangência e de instrumentos de avaliação da qualidade.

## PARTE II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

---

Uma vez apresentados os conceitos centrais, avançamos para o processo metodológico do trabalho de campo que se reveste de algumas particularidades que tentamos descrever nesta fase.

A metodologia do estudo é o plano lógico criado pelo investigador com vista a obter as respostas válidas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas. *“Para além de visar responder às questões de investigação, o desenho tem por objetivo controlar as potenciais fontes de enviesamento, que podem influenciar os resultados do estudo”* (Fortin, 1999, p. 132). As decisões metodológicas são assim, muito importantes para assegurar a fiabilidade e a qualidade dos resultados.

Neste capítulo serão descritas e fundamentadas as opções metodológicas. É o capítulo que define o percurso de investigação que suportou o estudo e que ajudará a fornecer respostas válidas sobre as questões de investigação. Propõe-se a traduzir o quadro conceptual que suportou este estudo e que procurou compreender o processo de cuidados de reabilitação como uma mais-valia para a satisfação do cliente, pelo que procurámos analisar o nível de satisfação dos clientes dependentes e das suas famílias com os cuidados de enfermagem especializados de reabilitação.



## 4. METODOLOGIA

O presente estudo faz parte de um projeto alargado sobre as famílias e o internamento hospitalar desenvolvido pela Unidade de Investigação de Enfermagem de Família da Escola Superior de Enfermagem do Porto em parceria com o Hospital de São João.

O estudo alargado incorpora vários projetos com objetivos distintos face a problemas diferenciados, mas assente no princípio metodológico de uma avaliação antes e depois de um processo formativo desenvolvido com o objetivo de sensibilizar os profissionais para uma parceria de unidade com a família e de compreensão que o cliente é mais que o doente pois pertence efetivamente a uma família. Neste estudo, o problema situa-se na compreensão da Satisfação dos clientes dependentes e suas famílias face aos cuidados desenvolvidos pelo Enfermeiro de Reabilitação. O processo formativo sobre a família não representou uma variável no estudo, pois os enfermeiros especialistas de reabilitação não foram alvo do mesmo já que é assumido que a intervenção destes profissionais só seja efetivamente possível com a integração do cliente numa família e numa comunidade.

Assim, neste capítulo apresentaremos todo o percurso de pesquisa por nós desenvolvido, abordando a finalidade, os objetivos, a metodologia, os participantes do estudo e os procedimentos de pesquisa: desde as considerações éticas que guiaram a investigação, aos procedimentos da colheita de dados e por fim aos procedimentos efetuados na análise de dados.

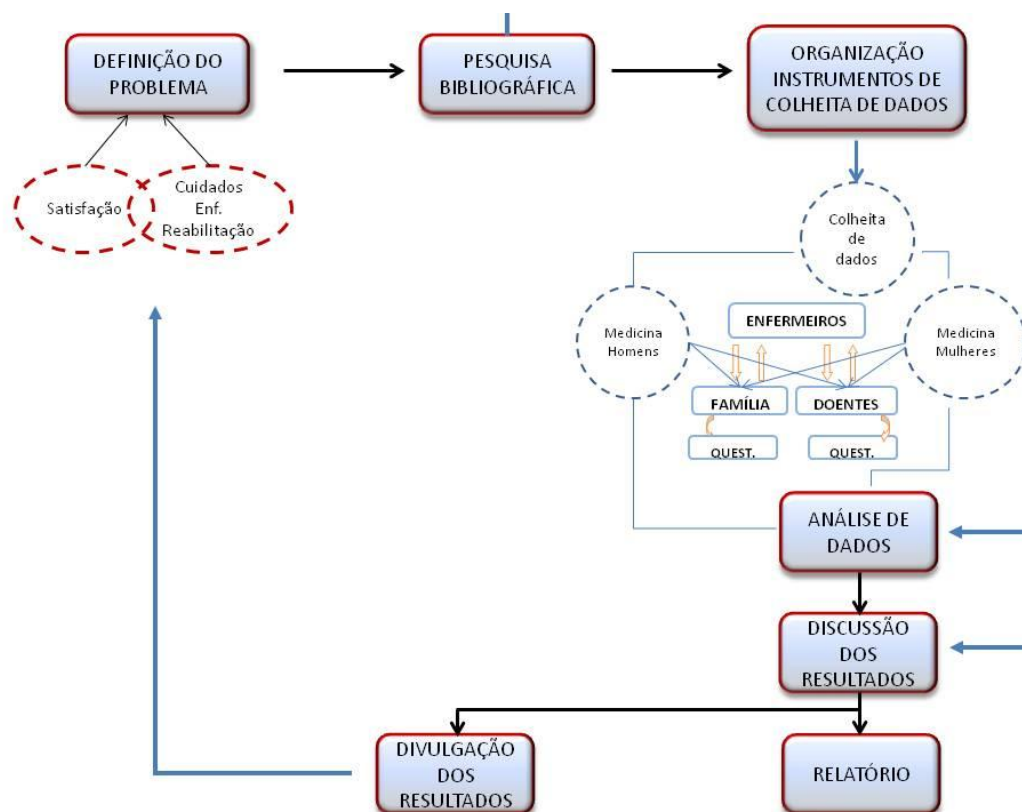
Existem estudos que indicam uma descrição do fenómeno, ao passo que outros exigem uma explicação ou até de predição ou controlo de fenómenos. Nesta lógica, a escolha do tipo de pesquisa ou método de investigação a adoptar tem por base *“os diferentes fundamentos filosóficos que apoiam as inquietações e as linhas orientadoras de uma investigação”* (Imaginário, 2004).

Face ao objeto de estudo: *Ganhos de satisfação face aos cuidados de Reabilitação-doentes dependentes*, parece-nos pertinente orientarmo-nos pelo paradigma quantitativo, já que este se caracteriza por um *“processo sistemático de dados*

observáveis e quantificáveis. É baseado na observação de factos objetivos, de conhecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador. O investigador adota um processo ordenado numa série de etapas (...) a objectividade, a predição, o controlo e a generalização são características inerentes a esta abordagem” (Fortin, 2000). Classifica-se ainda como um estudo de investigação observacional, descritivo e exploratório pois pretendemos obter informação sobre a população explorando e caracterizando as variáveis que nos propusemos estudar.

Para melhor compreensão do desenho do estudo, apresentámos o diagrama que se segue:

**Diagrama 1 - Desenho do estudo**



A realização do nosso estudo decorreu em dois serviços de Medicina Interna. São serviços vocacionados para um conjunto de patologias diversificados, habitualmente com um conjunto de pessoas com idade avançada, portadoras de várias doenças crónicas e que passam períodos longos e frequentes no hospital. A estes aspetos, muitas vezes acrescem situações de dependência com diferentes níveis de gravidade, agravados (ou não) por um suporte familiar e social



inadequado, que condicionam o período antes, durante e após o internamento, onde a repetição de internamentos após o primeiro é frequente.

## 4.1. Finalidade e Objetivos

A dependência é um processo que interfere com a capacidade de adaptação do indivíduo ao meio social em que vive, tornando-o mais vulnerável a processos de desorganização pessoais potencialmente comprometedores da sua qualidade de vida; simultaneamente interfere com toda a dinâmica familiar, já que esta condição é geradora de crise familiar.

Os enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação são profissionais de saúde que desenvolvem a sua prática, entre outras áreas de atuação, próximo dos clientes com dependência e dos seus familiares.

Esta investigação tem como **finalidade** contribuir para o desenvolvimento de uma atitude proactiva junto das famílias de forma a garantir a qualidade na assistência aos doentes e familiares, contribuindo para o desenvolvimento das práticas dos enfermeiros com especialidade na área de reabilitação e sua inter-relação com a satisfação do cliente.

Pretende-se com o desenvolvimento deste trabalho atingir os seguintes objetivos:

- Descrever as características sociodemográficas dos doentes e familiar acompanhante que são alvo de intervenção dos Enfermeiros de reabilitação na medicina;
- Descrever as características de dependência dos doentes que são alvo dos cuidados do Enfermeiro de reabilitação;
- Descrever o tipo de envolvimento que ocorre quando os doentes são dependentes em autocuidado;
- Conhecer o nível de satisfação dos clientes com dependência e suas famílias com os cuidados prestados pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação;
- Analisar as relações entre o grau de satisfação do doente e familiar com o grau de dependência do doente;
- Analisar as relações entre o tipo de envolvimento nos cuidados e a satisfação dos clientes/doentes e familiares;

## 4.2. Questões de investigação

A questão de investigação representa uma das partes fulcrais de uma investigação, devendo ser um *“enunciado interrogativo claro e não equívoco que precisa de conceitos-chave, específica e população alvo e sugere uma investigação empírica.”* (Fortin, 1999, p. 51). Face ao explorado no enquadramento teórico, foi possível elaborar a questão de investigação central que constituiu a base à orientação da investigação.

A questão de partida que orientou uma das partes do nosso estudo foi: **Será que os doentes dependentes e respetivos familiares estão satisfeitos com a intervenção dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação?**

Para além da questão central, o desenvolvimento do processo de investigação orientou-se no sentido de dar respostas pela formulação de um outro conjunto de questões em substituição de hipóteses e neste sentido:

- Quais as características sociodemográficas dos clientes dependentes alvo de cuidados especializados em Enfermagem de reabilitação no serviço de Medicina?
- Qual o grau de dependência dos clientes-alvo de cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação em serviço de Medicina?
- Quais as características sociodemográficas dos familiares dos clientes dependentes alvo de cuidados especializados em Enfermagem de reabilitação em serviço de Medicina?
- Será que as características sociodemográficas dos clientes e familiares influenciam a satisfação?
- Será que o grau de dependência influencia a satisfação dos clientes e familiares?
- Será que a participação nos cuidados influencia a satisfação dos clientes e familiares?
- Será que o acompanhamento especializado aos clientes e familiares influencia a satisfação?

No seguimento da definição das questões de investigação vigentes no estudo, impõe-se que numa fase seguinte se pense e reflita sobre as variáveis que são estudadas.

### 4.3. População e Amostra

Segundo Fortin (2000), a população “*é uma coleção de elementos ou sujeitos, que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios*”. Para a mesma autora, a população alvo reporta-se aos “*elementos que satisfazem os critérios de seleção definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações*”. A amostragem, é o procedimento pelo qual um grupo de pessoas ou um subconjunto de uma população é escolhido com vista a obter informações relacionadas com um fenómeno, de tal forma que a população que interessa esteja representada. Atendendo a estes conceitos, para o presente estudo, a população alvo é constituída pelos doentes internados no serviço de medicina A - mulheres e medicina B - homens do HSJ, no período de Dezembro de 2010 a Abril de 2011.

No seguimento, “*a amostra é um subconjunto dessa população*” (Polit, 2004), obtida através de um processo de seleção de uma porção da população para representar toda a população. Pretende-se a obtenção de uma réplica em miniatura da população alvo.

Neste estudo, a amostra é não probabilística intencional do tipo acidental, sendo formada por sujeitos que são facilmente acessíveis estão presentes num local determinado, num preciso momento; os sujeitos são incluídos no estudo à medida que se apresentam e até a amostra atingir o tamanho desejado; o membro que satisfaz os critérios de seleção e aceite participar será incluído (Fortin, 2000).

A este mesmo propósito, Beck *et al.* (2004), afirmam uma particularidade importante nos estudos quantitativos, é que estes devem especificar as características que delimitam a população através dos critérios de seleção para a inclusão no estudo.

A população que pretendemos estudar pode ser constituída em dois grupos:

- Doentes portadores de uma ou mais dependências no autocuidado;
- Familiares dos doentes portadores de uma ou mais dependências no autocuidado que habitualmente acompanhem estes ao longo do internamento.

Relativamente à seleção da amostragem tendo em conta os **critérios de inclusão**, refira-se que consistiu nos seguintes:

- Estarem internados em serviços de medicina interna;
- Aceitar participar no estudo e preencher consentimento;
- Serem adultos, isto é, com idade igual ou superior a 18 anos;
- Período de internamento mínimo superior a 2 dias;
- Ter capacidade comunicacional;
- Estarem orientados no tempo e espaço e em relação á pessoa;
- Serem portadores de dependência em uma ou mais atividades de autocuidado;
- Terem sido prestados cuidados de enfermagem especializados na área de Enfermagem de Reabilitação aos clientes.

Para os familiares respetivos são critérios de inclusão:

- Aceitarem participar no estudo e preencher consentimento;
- Familiar responsável e que acompanhe o internamento do doente;
- Serem adultos, isto é, com idade igual ou superior a 18 anos;
- Ter capacidade comunicacional;
- Estarem orientados no tempo e espaço.

A amostra foi constituída pelos critérios previamente enumerados, a seleção dos clientes a participar no estudo era da responsabilidade dos investigadores, recorrendo aos enfermeiros responsáveis pelo doentes para a referenciação dos seus estados comunicacionais e cognitivos.

No que diz respeito à dimensão da amostragem, vários são os fatores a ter em consideração no seu cálculo, tais como: *“o objetivo do estudo, a homogeneidade da população ou do fenómeno estudado”* (Fortin, 2000).

Em termos gerais, não existe uma fórmula simples para se estabelecer o tamanho da amostra. No entanto, para os estudos quantitativos, sugere-se o uso da maior amostra possível. Refira-se porém, que a amostra constituída no presente estudo tornou-se limitada pelo número existente de casos.

#### 4.4. Variáveis em estudo

As variáveis são, na sua génese, as propriedades que são estudadas por investigador numa determinada investigação. “A *variável (...) é algo que varia*”. (...)”*é qualquer qualidade de uma pessoa, grupo ou situação que varia ou assume diferentes valores*” (Polit, 2004, p.46). O mesmo autor enuncia que o investigador frequentemente se questiona sobre a relação existente entre duas ou mais variáveis. As variáveis poderão ser classificadas “*em função do papel que ela tem em um determinado estudo*” (Polit, 2004, p.47). A classificação mais comum observável na pesquisa bibliográfica realizada é a classificação das variáveis como variável dependente ou independente.

“A *causa presumida é a denominada variável independente e o efeito presumido é denominado variável dependente*” (Idem, 2004, p.46). Assim, a variável independente é a variável que tem um suposto efeito sobre a variável dependente. ´

No estudo a que me proponho realizar, a **satisfação** é o fenómeno principal que pretendo compreender, explicar e, porventura, antecipar. É a variável dependente do estudo não manipulada, “*é observada, presumindo-se que varie com mudanças na variável independente*” (Lobiondo-Wood, 2001:40).

No estudo desenvolvido, procedeu-se à operacionalização de um conjunto de variáveis, dividindo as mesmas em variáveis de contexto, sociodemográficas, familiar, envolvimento nos cuidados, grau de dependência e satisfação, tal como podemos verificar nos quadros que se seguem.

**Quadro 1- Variáveis de Contexto**

| Componentes              | Dimensão          | Codificação   |
|--------------------------|-------------------|---------------|
| Natureza do Participante | <i>Doente</i>     | <i>Código</i> |
|                          | <i>Família</i>    | <i>Código</i> |
| Serviço de Internamento  | <i>Medicina A</i> | <i>Código</i> |
|                          | <i>Medicina B</i> | <i>Código</i> |

Entende-se por *variável de contexto* os contextos onde se desenvolveu o estudo e quais os participantes que fizeram parte do mesmo. A forma adotada para operacionalizar esta variável foi atribuir a cada um dos aspetos um código pré-estabelecido.

**Quadro 2 - Variáveis Sociodemográficas**

| Componente              | Dimensão  | Indicador      |
|-------------------------|---|----------------|
| Género                  | Masculino   | Sim/Não        |
|                         | Feminino  | Sim/Não        |
| Idade                   |   | Anos completos |
| Estado Civil            | Solteiro/ Casado ou morando junto/<br>Separado/ Divorciado/ Viúvo   | Sim/Não        |
| Habilitações Literárias | Sem estudos/ Básico/ Secundário/<br>Estudos superiores  | Sim/Não        |
| Profissão               | Reformado/ Doméstica/ Trabalhador na<br>área da saúde/ Desempregado/<br>Estudante/ Trabalhador por conta<br>própria/ Trabalhador por conta de<br>outrem | Sim/Não        |

É essencial a inserção de *variáveis sociodemográficas* no estudo, na medida que estas são importantes para traçar o perfil das características dos sujeitos da amostra, evidenciando estas em alguns estudos influencia sobre a satisfação dos inquiridos.

**Quadro 3 - Variável Família**

| Componente             | Dimensão   | Indicador |
|------------------------|--|-----------|
| Agregado familiar      | Esposa/ Marido/ Filhos/ Pai/ Mãe/<br>Irmão (ã) / Outro | Sim/Não   |
| Familiar de referência | Esposa/ Marido/ Filhos/ Pai/ Mãe/<br>Irmão (ã) / Outro | Sim/Não   |

A operacionalização da *variável Família* permite conhecer o tipo de família do cliente e do seu familiar e quem é responsável pelo seu acompanhamento, ou seja, o familiar de referência. De referir que, posteriormente na análise o agregado familiar será referido como: nuclear, alargada ou unipessoal.

**Quadro 4 - Variável Grau de dependência**

| Componente   | Dimensão   | Indicador   |
|--------------|--|---|
| Autocuidados | Alimentação; vestir; uso da casa de banho; subir escadas | Independente/ Necessita de ajuda/<br>Dependente                                       |
|              | Banho; higiene corporal                                  | Independente/ Dependente  |
|              | Controlo intestinal; controlo vesical                    | Independência/ Incontinência ocasional/<br>Incontinência                              |
|              | Transferência da cadeira-cama                            | Independente/ Necessita de ajuda mínima/<br>Necessita de grande ajuda/<br>Dependente  |
|              | Deambulação  | Independente/ necessita de ajuda/<br>independente com cadeira de rodas/<br>dependente |

A operacionalização da *variável grau de dependência* permite conhecer o grau de dependência dos doentes. Refira-se que na base da operacionalização desta

variável esteve todo um envolvimento teórico essencialmente referente a princípios de capacidade funcional, com enfoque em instrumentos de avaliação funcional como o índice de Barthel.

**Quadro 5 - Variável Envolvimento nos cuidados**

| Componente             | Dimensão   | Indicador                                     |
|------------------------|--|---|
| Envolvimento           |  | <i>Sim/ Não</i>                               |
| Cuidados               | <i>Momento de acolhimento/ Cuidados de higiene/ Refeições/ Entubações/ Algalias/ Preparação da Alta/ Acompanhamento a exames fora/ Todos os tratamentos/ Horas de lazer/ Todos os cuidados prestados</i> | <i>Não se aplica/ Sempre/ Às vezes/ Nunca</i> |
| Ensinos                | <i>Tomar banho/ Higiene pessoal/ Alimentar-se/ Usar o sanitário/ Vestir-se, despir-se/ Transferência/ Posicionamento corporal/ Hábitos de eliminação</i>   | <i>Não se aplica/ Sempre/ Às vezes/ Nunca</i> |
| Importância da Família |  | <i>Sim/ Não</i>                               |

Segue-se a *variável do envolvimento nos cuidados*: a sua operacionalização permite conhecer se o cliente e o respetivo familiar foram envolvidos pelos enfermeiros nos cuidados e se receberam algum cuidado ou ensino do enfermeiro especialista em reabilitação, quais os cuidados/ensinos em que foram envolvidos e a importância que cada um deles atribui à presença da família durante o internamento.

**Quadro 6 - Variável Satisfação dos Clientes**

| Componente                              | Dimensão  | Indicador  |
|---|---|--|
| Opinião sobre os cuidados de enfermagem | <i>Informação necessária para lidar com as necessidades</i>                                       | <i>Não se aplica/ sem opinião/ Nunca/ Às vezes/ Sempre</i> |
|   | <i>Preocupação em realizar ensinos</i>  |  |
|   | <i>Preocupação em envolver os familiares</i>  |  |
|   | <i>Preocupação em transmitir informação sobre os serviços (ex: lares, serviços sociais, etc.)</i> |  |
|   | <i>Preocupação em transmitir informação sobre a forma como utilizar os serviços de saúde</i>      |  |
|   | <i>Explicação de forma compreensível</i>  |  |
|   | <i>Tentam saber se compreendeu e se necessário repetem informação</i>                             |  |
|   | <i>Preocupação em fornecer informação escrita</i>   |  |
|   | <i>Preocupação em explicar os cuidados que prestam</i>  |  |
|   | <i>Facilidade em obter ajuda dos enfermeiros</i>  |  |
|   | <i>Preocupação em manter a privacidade</i>  |  |
|   | <i>Preocupação, quando prestam os cuidados, em manter ambiente calmo</i>                          |  |
|   | <i>Simpatia dos profissionais de enfermagem</i>   |  |
|   | <i>Atribuição de importância aos problemas</i>  |  |
|   | <i>Paciência no atendimento dos clientes</i>  |  |

**Quadro 7 - Variável Satisfação dos Clientes (cont.)**

| Componente                               | Dimensão   | Indicador   |
|--|--|---|
| Satisfação com os cuidados de enfermagem | <i>Forma como os enfermeiros explicam os assuntos</i>                  | <i>Não se aplica/<br/>sem opinião<br/>Insatisfeito<br/>Nem satisfeito<br/>nem<br/>insatisfeito<br/>Satisfeito</i> |
|  | <i>Forma como foi recebido pelos enfermeiros no hospital</i>           |   |
|  | <i>Tempo que os enfermeiros demoram a dar resposta às solicitações</i> |   |
|  | <i>Preocupação em preservar a intimidade</i>                           |   |
|  | <i>Disponibilidade dos enfermeiros para o ouvir</i>                    |   |
|  | <i>Conhecimento dos enfermeiros sobre os cuidados</i>                  |   |

**Quadro 8 - Variável Satisfação da Família**

| Componente                               | Dimensão  | Indicador   |
|--|---|---|
| Opinião sobre os cuidados de enfermagem  | <i>Informação necessária para lidar com as necessidades</i>                                       | <i>Não se aplica/<br/>sem opinião<br/>Nunca<br/>Às vezes<br/>Sempre</i>   |
|  | <i>Preocupação em realizar ensinamentos</i>   |   |
|  | <i>Preocupação em envolver os familiares</i>  |   |
|  | <i>Preocupação em transmitir informação sobre os serviços (ex: lares, serviços sociais, etc.)</i> |   |
|  | <i>Preocupação em transmitir informação sobre a forma como utilizar os serviços de saúde</i>      |   |
|  | <i>Explicação de forma compreensível</i>  |   |
|  | <i>Tentam saber se compreendeu e se necessário repetem informação</i>                             |   |
|  | <i>Preocupação em fornecer informação escrita</i>   |   |
|  | <i>Preocupação em explicar os cuidados que prestam</i>  |   |
|  | <i>Facilidade em obter ajuda dos enfermeiros</i>  |   |
|  | <i>Simpatia dos profissionais de enfermagem</i>   |   |
|  | <i>Atribuição de importância aos problemas</i>  |   |
|  | <i>Paciência no atendimento dos clientes</i>  |   |
|  |   |   |
| Satisfação com os cuidados de enfermagem | <i>Forma como os enfermeiros explicam os assuntos</i>   | <i>Não se aplica/<br/>sem opinião<br/>Insatisfeito<br/>Nem satisfeito<br/>nem<br/>insatisfeito<br/>Satisfeito</i> |
|  | <i>Forma como foi recebido pelos enfermeiros no hospital</i>                                      |   |
|  | <i>Tempo que os enfermeiros demoram a dar resposta às solicitações</i>                            |   |
|  | <i>Disponibilidade dos enfermeiros para o ouvir</i>   |   |
|  | <i>Conhecimento dos enfermeiros sobre os cuidados</i>   |   |

A operacionalização da *variável satisfação* diz respeito à escala SUCHE<sub>21</sub> de Ribeiro (2003), dividindo esta em duas partes: (1) opinião sobre os cuidados de enfermagem e (2) satisfação com os cuidados de enfermagem. Os quadros 6 e 7 correspondem à variável satisfação dos clientes e da Família, respetivamente. A individualização justifica-se uma vez que no questionário da família foram removidas três questões à escala SUCHE<sub>21</sub> de Ribeiro (2003).

Note-se que a clarificação de todas as variáveis que fazem parte do estudo é fundamental, pelo simples facto de que todas as variáveis que podem interferir ou



afetar o objeto de estudo, devem ser identificadas e devidamente controladas sob a pena de inviabilizar toda a pesquisa.

Perante estas variáveis, foram devidamente selecionados um conjunto de instrumentos que possibilitaram a recolha de dados.

#### **4.5. Método e instrumento de colheita de dados**

O sucesso de qualquer investigação científica impõe que todas as opções metodológicas tomadas se coadunem à natureza do problema que se está a investigar, bem como às variáveis em questão, de forma a atingir os objetivos do estudo. É no cumprimento destes princípios que certamente se garante que se está a disponibilizar e utilizar métodos adequados e pertinentes que ajudam na compreensão do fenómeno em estudo.

Neste subcapítulo são apresentados e descritos os instrumentos de colheita de dados selecionados e o processo desenvolvido. Tendo em consideração os pressupostos enunciados, o instrumento selecionado foi o do questionário.

Propõe-se este método pelas suas vantagens diretas e contributos para o estudo. Para além de possibilitar a concretização do objetivo do estudo através da avaliação das variáveis, constitui-se como uma possibilidade de quantificar uma multiplicidade de dados, permitindo proceder a numerosas análises.

Advém da aplicação deste instrumento de colheita de dados determinados problemas e limites. A apontar a impossibilidade de ajuda no caso de o inquirido não perceber o sentido da pergunta, a impossibilidade de acrescentar dados suplementares e a possível superficialidade das respostas. Estas limitações impossibilitam o precisar e o analisar determinados processos de pensamento do sujeito participante.

Pese embora as limitações enumeradas, reconhecemos as vantagens advindas da aplicação do questionário como instrumento dirigido aos sujeitos envolvendo as suas opiniões, representações, crenças e informações factuais (Quivy & Campenhoudt, 1992).

Desta forma, a colheita de dados circunscreveu-se à entrega dos questionários aos clientes e respectivo familiar que o acompanhava no internamento. A entrega e distribuição dos questionários, seleção dos clientes que reuniam critérios de

inclusão no estudo e a recolha dos mesmos foram de responsabilidade exclusiva dos investigadores sendo que, os enfermeiros responsáveis pelos clientes dos diferentes serviços foram constantemente abordados de forma a estes terem informações concretas sobre o estado comunicacional e, sobretudo, cognitivo dos clientes.

As condições de privacidade para o preenchimento do questionário foram salvaguardadas, evitando a interferência da equipa e a própria interferência mútua dos inquiridos. Aquando da entrega do questionário prestada informação sobre a importância da sua devolução ao investigador, sendo este inclusive devolvido no período em que este se encontrava nos serviços.

O instrumento utilizado era composto por um questionário com questões sociodemográficas, que foram escolhidas pela revisão bibliográfica efetuada, sendo elas o sexo, a idade, o estado civil, habilitações literárias e profissão. De forma a conhecer a família do cliente e o familiar de referência, ambos foram questionados sobre o agregado familiar e o familiar que acompanha em situação de doença. Acrescentámos ainda duas questões relativamente ao envolvimento nos cuidados e outra sobre a importância da família no internamento. São questões cujo conteúdo permitirá obter mais informação sobre estas temáticas, sendo útil para a discussão dos resultados. Do instrumento utilizado constam ainda três escalas, nomeadamente: Índice de Barthel, a escala SUCEH<sub>21</sub> de Ribeiro (2003) e a escala de parceria de cuidados de Martins (2004).

Refira-se relativamente a todos estes instrumentos é que já foram efetuados estudos de validade e credibilidade, o que por sua vez garantem segurança na sua aplicação, tendo deste modo sido dispensados a realização do pré-teste. Ressalta-se ainda que a escala de SUCEH<sub>21</sub> de Ribeiro (2003) foi utilizada após devida autorização por parte da respetiva autora da escala para a sua aplicação no estudo (Anexo III).

De referir ainda que foram elaborados dois instrumentos adaptados para as populações-alvo do estudo: o cliente e o familiar. Ambos os questionários apresentam a mesma estrutura, natureza e encadeamento de questões, diferindo na ausência do índice de Barthel para o questionário dirigido ao familiar e com a adequação da linguagem e formas gramaticais a cada participante.

A avaliação do grau de dependência dos clientes foi efetuado através do uso da escala: índice de Barthel. Este índice foi desenvolvido por Mahoney & Barthel em

1965 com o objetivo de avaliar a capacidade funcional do indivíduo para a realização de atividades de vida essenciais. A sua aplicação justifica-se para a avaliação do nível de independência do sujeito para a realização de dez atividades básicas de vida diária: alimentação, vestir, banho, higiene corporal, uso da casa de banho, controlo intestinal, controlo vesical, subir escadas, transferência cadeira-cama e deambulação.

Esta escala traduz a capacidade funcional básica do indivíduo, retratando a pontuação sugestiva do grau de dependência. O índice de Barthel é formado por dez dimensões, atribuindo-se em cada uma delas uma determinada pontuação conforme a atividade que a pessoa é capaz de realizar no seu contexto. Cada atividade apresenta entre dois a quatro níveis de dependência, em que a pontuação 0 corresponde à dependência total, sendo a independência pontuada com 5, 10 ou 15 pontos em função dos níveis de diferenciação relativo a cada atividade. A pontuação da escala varia de 0 a 100 (com intervalos de 5 pontos): a pontuação mínima de “zero” corresponde assim à máxima dependência para todas as atividades de vida diária avaliadas, enquanto no extremo oposto – pontuação máxima de 100 – equivale a independência total. A pontuação global varia de forma inversamente proporcional ao grau de dependência, ou seja, quanto menor for a pontuação, maior é o grau de dependência. Para a caracterização dos diferentes graus de dependência adoptou-se a categorização que se segue, conforme utilizado por Sequeira (2007): independente (90-100 pontos); ligeiramente dependente (60-89 pontos); moderadamente dependente (40-55 pontos); severamente dependente (20-35 pontos), totalmente dependente (inferior a 20 pontos).

Esta escala é amplamente utilizada quer na prática clínica, quer na investigação como forma de avaliar a dependência dos indivíduos, traduzindo uma avaliação genérica da função física e da qualidade de vida (Sequeira, 2007).

As vantagens do Índice de Barthel são a sua simplicidade e fácil compreensão, sendo acessível à maioria das pessoas. Por outro lado, é um índice frequentemente utilizado em diversas investigações na área da saúde e por vários profissionais na área da saúde, para avaliação de populações com dependência.

*“O índice de Barthel fornece informação relevante, já que a partir das pontuações parciais para cada atividade, permite a identificação das incapacidades específicas de cada pessoa, a identificação dos determinantes do comprometimento das ABVD,*

*de forma global ou parcelar*” (Sequeira, 2007:49). Por certo permite uma melhor adequação dos cuidados às necessidades identificadas.

Efetuuou-se a análise da validade da escala utilizando o coeficiente *Alpha de Cronbach* cujo valor para a totalidade da escala foi de 0,929, o que mostra uma forte consistência interna da escala, à semelhança de outros estudos como de Sequeira (2007) e Gomes (2008) com um *alpha de Cronbach* ligeiramente inferior ( $\alpha = 0,89$ ).

### **Escala de SUCEH<sub>21</sub>**

A escala de validação para a avaliação da satisfação dos cliente/doentes com os cuidados de enfermagem no Hospital (SUCEH) foi construída e validada por Ribeiro (2003), tendo sido posteriormente utilizada em outros estudos que confirmaram a sua validade. A sua construção teve como finalidade *“aprofundar o conhecimento sobre a satisfação dos clientes/doentes com os cuidados de enfermagem, tendo presente o interesse que esta matéria poderá ter como indicador da qualidade da assistência de enfermagem”* Gomes (2005:53).

O instrumento surgiu de um estudo levado a cabo em 2003, que decorreu em dois momentos. Num primeiro momento, foi desenvolvido o estudo metodológico com recurso a entrevistas semiestruturadas, exploratórias a indivíduos que haviam estado internados num hospital do Grande Porto. Decorrente da análise de conteúdo, surgiram três temas que enquadram os itens associados à avaliação da satisfação: um centrado no cliente, outro no acesso aos cuidados e um outro relativo ao ambiente. No segundo momento, após análise do conteúdo das entrevistas foi construído o formulário, aplicado via telefone a 225 clientes que tinham estado internados nos serviços de medicina e cirurgia do respetivo hospital. A versão final constitui um instrumento capaz de sistematizar a avaliação dos clientes/doentes com os cuidados de enfermagem, em qualquer contexto de cuidados ou área geográfica de Portugal (Ribeiro, 2005). O estudo de Ribeiro (2003) em contexto hospitalar apresentou um valor de *alpha* final de 0,825.

A escala de SUCEH<sub>21</sub> de Ribeiro (2003) é constituída por 21 questões, na forma de alternativa múltipla (tipo Likert) graduada de 0 a 3, dividida em duas partes: a parte inicial com 15 questões que dizem respeito à opinião sobre os cuidados de enfermagem onde a escala Likert é composta por: (0) Não se aplica; (1) Nunca; (2) Às vezes; (3) Sempre. A segunda parte da escala diz respeito ao grau de satisfação com os cuidados de enfermagem com escala de Likert composta por: (0) Não se

aplica; (1) Insatisfeito; (2) Nem satisfeito/ Nem insatisfeito; (3) Satisfeito. As questões inquiridas aos clientes estavam na forma exclamativa, contudo para a análise colocámos as questões na forma interrogativa.

No que diz respeito às dimensões que constituem o SUCEH<sub>21</sub>, engloba as seguintes: **eficácia na comunicação, utilidade da informação, qualidade no atendimento, a prontidão na assistência, a manutenção do ambiente terapêutico e a promoção da continuidade dos cuidados.**

Na dimensão **Eficácia na comunicação** os itens refletem o modo como os indivíduos percecionam o processo de comunicação estabelecido pelo enfermeiro. De um modo geral, o conteúdo dos itens refere-se ao comportamento do enfermeiro na transmissão do enfermeiro. Na dimensão **Utilidade da informação** os itens refletem a importância de que a informação transmitida ao doente tenha o potencial de ser rentabilizada por este naquela situação ou em novas situações de saúde, para além do mero cariz informativo. Na **Qualidade no atendimento** os itens expressam a ideia geral de que a personalização dos cuidados de enfermagem prestados de acordo com as características e necessidades individuais de cada cliente representa uma mais-valia na sua autossatisfação. Na dimensão **Prontidão na assistência** os itens refletem a relação entre a disponibilidade e a capacidade de resposta dos enfermeiros às necessidades ou solicitações do cliente. Na dimensão **manutenção do ambiente terapêutico** os itens focam a capacidade do enfermeiro em criar e manter um ambiente que proporcione ao cliente um bem-estar, dinamizando o processo de cuidar. Por fim, na dimensão **Promoção da continuidade dos cuidados** os itens corroboram a preocupação de envolvimento da família ou pessoa significativa do cliente no processo de cuidados e com a própria organização de cuidados dos serviços. A ideia geral é a de que o suporte ao indivíduo doente não deve exclusiva das instituições de saúde e dos profissionais que dela fazem parte, ressaltando-se a importância da preparação do doente/prestador de cuidados para a alta hospitalar, numa perspetiva de continuidade de cuidados (Ribeiro, 2003).

No nosso estudo, utilizámos o questionário SUCEH<sub>21</sub> com 21 questões para os clientes. No caso da família foram retiradas as questões originais 17, 18 e 19 com correspondência na nossa escala às questões 11, 12 e 4 (II) (numeração com referência ao questionário utilizado para os clientes, sendo que a remoção das questões originou a uma nova numeração no questionário dos familiares), tal como evidenciado nos quadros 8 e 9.

**Quadro 9 - Dimensões no Questionário SUCEH<sub>21</sub> dos Doentes e respetiva correspondência à numeração no nosso estudo**

| Dimensões                             | Escala Original SUCEH <sub>21</sub> |    |    |    |    | Escala utilizada |       |       |       |       |
|---------------------------------------|-------------------------------------|----|----|----|----|------------------|-------|-------|-------|-------|
| Eficácia na comunicação               | 6                                   | 7  | 8  |    |    | 1(II)            | 6     | 7     |       |       |
| Utilidade da informação               | 1                                   | 2  | 5  | 9  | 10 | 1                | 2     | 5     | 8     | 9     |
| Qualidade no atendimento              | 18                                  | 24 | 11 | 17 | 28 | 11               | 14    | 2(II) | 4(II) | 7(II) |
| Prontidão na assistência              | 15                                  | 16 |    |    |    | 10               | 3(II) |       |       |       |
| Manutenção do ambiente terapêutico    | 19                                  | 23 | 25 | 20 |    | 12               | 13    | 15    | 5(II) |       |
| Promoção da continuidade dos cuidados | 3                                   | 4  |    |    |    | 3                | 4     |       |       |       |

**Quadro 10 - Dimensões no Questionário SUCEH<sub>21</sub> da Família e respetiva correspondência à numeração no nosso estudo**

| Dimensões                             | Escala Original SUCEH <sub>21</sub> |    |    |    |    | Escala utilizada |       |       |   |   |
|---------------------------------------|-------------------------------------|----|----|----|----|------------------|-------|-------|---|---|
| Eficácia na comunicação               | 6                                   | 7  | 8  |    |    | 1(II)            | 6     | 7     |   |   |
| Utilidade da informação               | 1                                   | 2  | 5  | 9  | 10 | 1                | 2     | 5     | 8 | 9 |
| Qualidade no atendimento              | 18                                  | 24 | 11 | 17 | 28 | 12               | 2(II) | 6(II) |   |   |
| Prontidão na assistência              | 15                                  | 16 |    |    |    | 10               | 3(II) |       |   |   |
| Manutenção do ambiente terapêutico    | 19                                  | 23 | 25 | 20 |    | 11               | 13    | 4(II) |   |   |
| Promoção da continuidade dos cuidados | 3                                   | 4  |    |    |    | 3                | 4     |       |   |   |

A escala SUCEH<sub>21</sub> de Ribeiro (2003) foi construída no intuito de constituir-se como um instrumento de avaliação da satisfação dos clientes. No nosso estudo, a escala de SUCEH<sub>21</sub> foi aplicada aos familiares dos clientes internados. O seu uso para avaliar a satisfação dos familiares dos clientes poderá suscitar alguma interrogação. Partilhámos dessa interrogação, mas após um processo de reflexão optámos pela sua aplicação neste estudo, em virtude de termos a ambição que os familiares representem quer parceiros na prestação de cuidados, quer alvos de processos de ensino/aprendizagem e, portanto, “cliente/doentes”, parceiros e alvos dos cuidados de Enfermagem, reunindo as condições para a aplicação da SUCEH<sub>21</sub>.

Considerando que realizamos um estudo com uma amostra específica e por forma a analisar a validade da escala, ou seja, a consistência interna e fiabilidade do questionário utilizado, utilizamos o coeficiente *Alpha de Cronbach*. É habitual considerar-se que um valor de *Alpha* a partir de 0,8 significa que a consistência interna é elevada.

A consistência interna é em geral satisfatória: quanto aos clientes o valor obtido foi satisfatório com um bom índice de consistência interna no domínio geral – 0,739 (ligeiramente inferior a 0,8). No caso dos familiares, o valor de *Alpha* no domínio geral foi elevado – 0,878. Assim, as escalas utilizadas, tanto para o cliente como para a família, revelam a consistência interna e a fiabilidade elevada do instrumento, o que significa que são válidas para os objetivos a que se destinam, permitindo confiar nos resultados e conclusões extraídos.

Após a definição dos instrumentos a aplicar, faz sentido a referência aos princípios éticos que nortearam a nossa conduta ao longo do processo de investigação.

#### 4.6. Considerações éticas

O estudo realizado reveste-se de um conjunto de procedimentos variados desde a determinação do problema até à conclusão do estudo. De salientar que nunca deixarão de ser contemplados os aspetos éticos no sentido de proteger os direitos e liberdades dos participantes deste processo de investigação. Como refere Fortin (1999, p.113), *“Na persecução da aquisição dos conhecimentos, existe um limite que não deve ser ultrapassado: este limite refere-se ao respeito pela pessoa e à proteção do seu direito de viver livre e dignamente enquanto ser humano”*.

Estes aspetos revelam-se de grande importância na medida em que poderão determinar a possibilidade, ou não, da realização do estudo. Devemos ter sempre presente as questões morais e éticas com o objetivo de proteger os direitos e a liberdade das pessoas que participam na investigação.

Consideramos os princípios éticos e direitos fundamentais na conduta de todos os investigadores, que são: o *princípio da beneficência*, onde está implícito o *princípio da não maleficência*, que estabelece que devemos fazer o bem ao outro, independentemente de desejá-lo ou não, não fazendo o mal intencionalmente; o *princípio do respeito pela dignidade humana* que inclui o direito à autodeterminação e à informação, que determina o respeito pelas pessoas em que cada uma é livre

de decidir por si própria a sua vontade (participação ou não no estudo), devendo ser fornecida a informação de que a qualquer fase do estudo o participante pode desistir garantindo a proteção da sua intimidade; o *princípio da justiça*, que inclui o direito que assiste ao participante de ser tratado de forma justa e equitativa antes, durante e após a realização do estudo.

Fortin (1999) refere que os participantes devem ser alertados e informados sobre os benefícios e os objetivos da investigação e a importância dos resultados da mesma, quer a nível individual, quer a nível geral. Devem ainda dar o seu consentimento informado, preconizando que sujeitos potenciais, totalmente informados acerca da natureza da pesquisa, das exigências que lhe serão feitas e dos potenciais custos e benefícios, se encontrem em posição de tomar decisões abalizadas quanto à participação ou não no estudo.

Previamente à aplicação do instrumento foram solicitadas as respetivas autorizações, nomeadamente do autor da escala, da instituição e dos participantes.

É essencial num processo de investigação zelar pelos direitos de autor, quer seja no uso de escalas da autoria pessoal que implica uma permissão para a sua utilização, quer ao longo do trabalho pelas obras consultadas e referidas. Foi obtida a permissão da autora do instrumento SUCEH<sub>21</sub> para a aplicação neste estudo.

No seguimento, solicitamos uma autorização formal à instituição envolvente e à Comissão de Ética do HSJ para a implementação do projeto, e, após parecer favorável das entidades, demos início à investigação.

Ainda na fase de implementação do projeto, reunimo-nos com os responsáveis dos serviços de Medicina A-mulheres e Medicina B-homens. O propósito da mesma foi a comunicação da identidade dos investigadores, apresentação do projeto, finalidade e objetivos. Todos os enfermeiros mostraram entusiasmo com o projeto assumindo o compromisso de colaborar no mesmo, entendendo não ser necessário a formalidade de assinar, uma vez que o “trabalho” que iam desenvolver não consistiam em atividades específicas e de carácter obrigatório.

Seguidamente, procedemos às formalidades inerentes ao pedido para a realização do estudo junto dos candidatos em que a investigação se iria desenvolver. Seguimos uma orientação muito concreta, informando os candidatos que o estudo seria realizado por uma entidade externa ao HSJ, esclarecendo os objetivos do projeto, as etapas, o papel dos investigadores, o sigilo e a confidencialidade dos dados e garantindo-lhes que não advinha com a participação, com a recusa ou com



a desistência, em qualquer fase da prossecução do projeto do trabalho, qualquer risco ou prejuízo para si próprio ou seu familiar.

Como o trabalho se destinava aos clientes internados e familiares, pedimos a cada cliente e a um membro da família que assinasse o termo de consentimento informado respetivo (Anexo V e VI). Através deste documento assegura-se que os participantes entendem os riscos e benefícios do estudo em que participam, estando informados de todos os seus direitos.

O local desta investigação levaram-nos a ter em especial relevo o respeito pela privacidade de todos os participantes, especialmente aquando da apresentação do projeto ou quando os participantes solicitaram ajuda no preenchimento do questionário. Esteve sempre presente a privacidade e a confidencialidade dos dados recolhidos.

Depois de recolhidos e organizados, os questionários foram codificados. O questionário atribuído ao cliente foi codificado com um número (0.1.1) e o questionário atribuído ao familiar foi codificado igualmente com um número (0.1.2). Depois do preenchimento, cada cliente e familiar foi codificado com um número (o mesmo número para que cada conjunto formasse um caso). Desta forma, nenhum dos participantes é reconhecido pelo investigador ou por qualquer outro leitor do relatório da investigação.

A Enfermagem, enquanto profissão que se autorregula, define tanto no Código Deontológico como no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) os princípios éticos e deontológicos a cumprir no seu exercício. A investigação não se alheia ao cumprimento destes princípios, pelo que a nossa conduta desenvolveu-se no seu cumprimento estrito, garantindo o respeito de todos os pressupostos deontológicos inerentes à ética da investigação.



### PARTE III – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

---

A etapa seguinte num trabalho de investigação é a análise e a interpretação dos dados obtidos. Esta fase é definida por Fortin (1999, p.364) como o “*conjunto de métodos estatísticos que permitem visualizar, classificar, descrever e interpretar os dados colhidos junto dos sujeitos*”. A análise irá ser realizada em função do fenómeno em estudo e dos objetivos da investigação e fundamentada na revisão da literatura e no quadro de referências.

A análise dos resultados obtidos permite ao investigador estabelecer relações entre a teoria e a prática, permitindo enriquecer o *Saber* sobre determinado fenómeno, propondo novas sugestões para a prática, para o ensino e para a investigação.

A apresentação e análise dos dados deste trabalho irão ser divididas em quatro subcapítulos. Seguimos de forma sequencial as variáveis definidas na fase do planeamento. Iniciamos com a apresentação dos dados com a caracterização da amostra em estudo, apresentando as características dos clientes e seguidamente dos familiares respetivos, onde para além das características sociodemográficas, constam ainda a variáveis familiar e o grau de dependência dos clientes. Seguidamente, apresentamos a perspetiva dos clientes e família sobre o envolvimento e a importância da mesma nos cuidados. Finalmente, apresentamos a satisfação dos clientes e a satisfação dos familiares através da escala SUCEH<sub>21</sub> de Ribeiro (2003).

Os quadros identificados relativos à apresentação dos resultados sobre as variáveis “envolvimento nos cuidados” e “satisfação” foram divididos por serviço, sendo que a percentagem é referente aos serviços e não ao total da amostra.



## 5. RESULTADOS DA INVESTIGAÇÃO

Para a apresentação e análise dos dados, estes foram organizados numa base de dados para análise estatística. A análise estatística permite o arranjo, a análise e compreensão dos dados. Assim sendo utilizamos o programa informático – SPSS (Programa Estatístico de Análise de Ciências Sociais), para traduzir resultados. Segundo Polit e Hungler (1995, p.144) os testes paramétricos “ (...) *são mais eficientes, oferecendo uma maior flexibilidade do que os não paramétricos, tendo, por tais motivos, a preferência quando as variáveis são mensuradas com, no mínimo, uma escala por intervalo*”.

A apresentação dos dados que daqui decorre será feita pela ordem sequencial das questões dos questionários, onde far-se-á a análise das variáveis em estudo de forma descritiva, dos grupos que compõem a amostra, terminando com uma síntese final dos resultados.

A apresentação dos dados foi estruturada pelos serviços incluídos no estudo, tanto para os clientes como para os familiares. Assim, a apresentação dos grupos será feita por Medicina Homens e Medicina Mulheres coincidente com o serviço onde foi efetuada a colheita de dados, Medicina B – homens e Medicina A – mulheres, respetivamente.

### 5.1. Amostra em estudo

Neste subcapítulo, iniciamos a apresentação e caracterização da amostra em estudo, apresentando as características dos clientes e seguidamente dos familiares. Procedemos á caracterização das características gerais das amostras, relativamente às variáveis sociodemográficas nas componentes: género, idade, estado civil, habilitações literárias e profissão e na variável família nas componentes: agregado familiar bem como o familiar que habitualmente acompanha na situação de doença.

No serviço de Medicina B - Homens foram identificados, para além dos doentes que constituem a amostra, 10 doentes que não quiseram participar e 17 doentes que

reuniam critérios para inclusão no estudo mas não tinham familiares junto deles aquando da colheita de dados. Relativamente à Medicina A – Mulheres verificou-se que 6 doentes não quiseram participar e 35 doentes não tinham familiares presentes no momento da colheita. O somatório destes doentes perfaz a totalidade de 68 doentes abordados mas que não completavam a totalidade dos critérios de inclusão. Na globalidade do projeto foram avaliados um total de 351 doentes que não contemplavam a totalidade dos critérios de inclusão. Foram incluídos no projeto global 150 clientes e 150 familiares. Contudo, para o presente estudo e tendo em conta os critérios de inclusão, a amostra ficou limitada a 71 clientes e seus familiares, perfazendo assim, uma amostra total de 71 casos num total de 142 participantes, tal como irá ser evidenciado nos subcapítulos seguintes. Correspondente a 47,3% dos clientes incluídos no projeto global.

**Tabela 2 - Variáveis sociodemográficas dos clientes**

| CLIENTES              |                   |                 |                     |                 |       |
|-----------------------|-------------------|-----------------|---------------------|-----------------|-------|
| Variável              | Medicina B Homens |                 | Medicina A Mulheres |                 | Total |
|                       | Frequência (N)    | Percentagem (%) | Frequência (N)      | Percentagem (%) | %     |
| Gênero                |                   |                 |                     |                 |       |
| Masculino             | 51                | 71,8            | 0                   | 0               | 71,8  |
| Feminino              | 0                 | 0               | 20                  | 28,2            | 28,2  |
| Idade                 |                   |                 |                     |                 |       |
| 18-40                 | 1                 | 1,4             | 0                   | 0               | 1,4   |
| 41-59                 | 7                 | 9,9             | 7                   | 9,9             | 19,8  |
| 60-74                 | 30                | 42,3            | 8                   | 11,3            | 53,6  |
| ≥ 75                  | 13                | 18,3            | 5                   | 7               | 25,3  |
| Estado Civil          |                   |                 |                     |                 |       |
| Solteiro              | 1                 | 1,4             | 1                   | 1,4             | 2,8   |
| Casado                | 40                | 56,3            | 10                  | 14,1            | 70,4  |
| Separado              | 2                 | 2,8             | 1                   | 1,4             | 4,2   |
| Divorciado            | 5                 | 7               | 2                   | 2,8             | 9,8   |
| Viúvo                 | 3                 | 4,2             | 6                   | 8,5             | 12,7  |
| Hab. Literárias       |                   |                 |                     |                 |       |
| Sem estudos           | 6                 | 8,5             | 4                   | 5,6             | 14,1  |
| Básico                | 36                | 50,7            | 13                  | 18,3            | 69    |
| Secundário            | 5                 | 7               | 2                   | 2,8             | 9,8   |
| Estudos Superiores    | 4                 | 5,6             | 1                   | 1,4             | 7     |
| Profissão             |                   |                 |                     |                 |       |
| Reformado             | 38                | 53,5            | 14                  | 19,7            | 73,2  |
| Doméstica             | 0                 | 0               | 3                   | 4,2             | 7,2   |
| Trab. Saúde           | -                 | -               | -                   | -               | 0     |
| Desempregado          | 1                 | 1,4             | 1                   | 1,4             | 2,8   |
| Trab. Conta Própria   | 2                 | 2,8             | 0                   | 0               | 2,8   |
| Trab. Conta de outrem | 10                | 14,1            | 2                   | 2,8             | 16,9  |

No caso dos clientes, a amostra é constituída por 71,8% indivíduos do sexo masculino e 28,2% do sexo feminino. Há uma clara predominância do sexo masculino representando uma significativa percentagem do universo dos inquiridos.

Os dados relativos á **idade** (tabela3) mostram que a distribuição da idade dos doentes inquiridos revela uma predominância das idades mais avançadas, onde a moda é de 70 para os homens e 69 nas mulheres.

**Tabela 3 - Distribuição da amostra segundo a idade [clientes]**

| Idade                 |    | Medicina B – homens | Medicina A – mulheres | Total           |
|-----------------------|----|---------------------|-----------------------|-----------------|
| Média                 |    | 67,67               | 65,65                 | 67,10           |
| Mediana               |    | 69,00               | 68,00                 | 69,0            |
| Moda                  |    | 70                  | 69                    | 69 <sup>a</sup> |
| Desvio Padrão         |    | 10,870              | 9,681                 | 10,520          |
| Intervalo de variação |    | 60                  | 31                    | 60              |
| Mínimo                |    | 28                  | 49                    | 28              |
| Máximo                |    | 88                  | 80                    | 88              |
| Percentis             | 25 | 61,00               | 58,25                 | 60,00           |
|                       | 50 | 69,00               | 68,00                 | 69,00           |
|                       | 75 | 76,00               | 74,25                 | 75,00           |

Os resultados relativos a esta variável mostram que a média de idade dos clientes inquiridos é de 67 anos, com limites mínimo e máximo de 28 e 88, respetivamente e com desvio padrão de 10,52 anos. Os homens têm uma média mais elevada próxima dos 68 anos com um intervalo de variação alargado de 60 anos mas com os coeficientes de tendência central acima dos 67 anos. No caso das mulheres, a média é aproximadamente 66 anos de idade, com limites mínimo e máximo de 49 e 80 anos de idade, respetivamente.

Relativamente ao **Estado civil**, constatámos que a maioria dos clientes era casado, representando 70,4% dos inquiridos.

Em relação às **Habilitações Literárias**, constatámos que a maioria dos inquiridos possui como habilitação o Ensino Básico com a percentagem de 69%, seguindo-se a uma longa distância o analfabetismo com 14,1%.

Os inquiridos são na sua grande maioria pessoas pouco ativas no mercado de trabalho. Assim, em relação à **Profissão**, a maioria dos clientes envolvidos no estudo são reformados, num total de 72,2%. O 2º nível de resposta mais dado foi para as mulheres “doméstica” e para os homens o “trabalho por conta de outrem”.

Na **amostra da Família** consideramos os familiares dos doentes incluídos no estudo, de acordo com os critérios já anteriormente explicitados. Foram inquiridos 71 pessoas. Evidenciamos na tabela 6 a análise descritiva da amostra dos familiares, apresentando para as variáveis sociodemográficas a frequência e a percentagem.

**Tabela 4 – Variáveis sociodemográficas dos familiares**

| FAMÍLIA                |                   |                 |                     |                 |       |
|------------------------|-------------------|-----------------|---------------------|-----------------|-------|
| Variável               | Medicina B Homens |                 | Medicina A Mulheres |                 | Total |
|                        | Frequência (N)    | Percentagem (%) | Frequência (N)      | Percentagem (%) | %     |
| <b>Género</b>          |                   |                 |                     |                 |       |
| Masculino              | 5                 | 7               | 7                   | 9,9             | 16,9  |
| Feminino               | 46                | 64,8            | 13                  | 18,3            | 83,1  |
| <b>Idade</b>           |                   |                 |                     |                 |       |
| 18-40                  | 10                | 14,1            | 6                   | 8,5             | 22,6  |
| 41-59                  | 16                | 22,5            | 8                   | 11,3            | 33,8  |
| 60-74                  | 20                | 28,2            | 3                   | 4,2             | 32,4  |
| ≥ 75                   | 5                 | 7               | 3                   | 4,2             | 11,2  |
| <b>Estado Civil</b>    |                   |                 |                     |                 |       |
| Solteiro               | 3                 | 4,2             | 6                   | 8,5             | 12,7  |
| Casado                 | 45                | 63,4            | 12                  | 16,9            | 80,3  |
| Separado               | -                 | -               | -                   | -               | 0     |
| Divorciado             | 2                 | 2,8             | 1                   | 1,4             | 4,2   |
| Viúvo                  | 1                 | 1,4             | 1                   | 1,4             | 2,8   |
| <b>Hab. Literárias</b> |                   |                 |                     |                 |       |
| Sem estudos            | 4                 | 5,6             | 0                   | 0               | 5,6   |
| Básico                 | 31                | 43,7            | 9                   | 12,7            | 56,3  |
| Secundário             | 10                | 14,1            | 7                   | 9,9             | 24,0  |
| Estudos Superiores     | 6                 | 8,5             | 4                   | 5,6             | 14,1  |
| <b>Profissão</b>       |                   |                 |                     |                 |       |
| Reformado              | 20                | 28,6            | 6                   | 8,6             | 37,1  |
| Doméstica              | 8                 | 11,4            | 0                   | 0               | 11,4  |
| Trab. Saúde            | 2                 | 2,9             | 0                   | 0               | 2,9   |
| Desempregado           | 3                 | 4,3             | 1                   | 1,4             | 5,7   |
| Trab. Conta Própria    | 1                 | 1,4             | 2                   | 2,9             | 4,3   |
| Trab. Conta de outrem  | 16                | 22,9            | 11                  | 15,7            | 38,6  |

No caso da Família, a amostra é constituída por 16,9% do sexo masculino e 83,1% do sexo feminino.

Relativamente à **Idade**, a distribuição das idades dos familiares dos doentes inquiridos revela uma tendência para que sejam menos idosos que os clientes (tabela 5).



**Tabela 5 - Distribuição da amostra segundo a idade [familiares]**

| Coeficientes          |    | Medicina B – homens | Medicina A – mulheres | Total  |
|-----------------------|----|---------------------|-----------------------|--------|
| Média                 |    | 55,67               | 47,60                 | 53,39  |
| Mediana               |    | 59,00               | 49,00                 | 57     |
| Moda                  |    | 68                  | 24 <sup>2</sup>       | 68     |
| Desvio Padrão         |    | 15,712              | 18,838                | 16,912 |
| Intervalo de variação |    | 62                  | 58                    | 65     |
| Mínimo                |    | 21                  | 18                    | 18     |
| Máximo                |    | 83                  | 76                    | 83     |
| Percentis             | 25 | 44,00               | 28,75                 | 41,00  |
|                       | 50 | 59,00               | 49,00                 | 57,00  |
|                       | 75 | 68,00               | 62,75                 | 66,00  |

Assim, a média de idade dos familiares dos clientes inquiridos é bastante abaixo dos 60 anos, situando-se pouco acima dos 53 anos. No caso dos familiares dos clientes na Medicina mulheres, a média não ultrapassa mesmo os 50 anos, o que revela que os acompanhantes das mulheres são pessoas jovens, na fase adulta. Relativamente aos homens, os acompanhantes tem idades um pouco mais avançadas, com média de idades acima de 55 anos.

Relativamente ao **Estado civil**, 80,3% dos inquiridos são casados, um pouco á imagem dos clientes.

Em relação às **Habilitações Literárias** a predominância é o ensino básico com 56,3%, seguido do Ensino secundário e superior. A percentagem de pessoas analfabetas é reduzida com 5,6%.

Finalmente, no que se refere à **Profissão** duas respostas foram próximas, nomeadamente “reformado” e “trabalhador por conta outrem” com 37,1% e 38,6%, respetivamente. No geral os acompanhantes são mais ativos profissionalmente que os clientes.

Em síntese, a amostra dos clientes é maioritariamente (71,8%) Homem, com idades compreendidas entre os 60-74 anos, casados, com o ensino básico e reformados; por sua vez os cuidadores são maioritariamente (83,1%) Mulheres, com idades compreendidas entre os 41-74 anos, casadas, com o ensino básico e reformadas.

<sup>2</sup> Existência de múltiplas modas. Mostrado a moda de valor mais baixo;

## 5.2. Dependência do cliente

A dependência surge como um resultado do aparecimento de um défice, que limita a atividade, em termos da funcionalidade da pessoa. Uma pessoa dependente necessita de ajuda de terceiros para sobreviver.

A avaliação precoce e a monitorização dos défices na população internada possibilitam a prescrição de intervenções adaptadas às necessidades reais, possibilitando um maior potencial terapêutico ao nível da prevenção da deterioração, manutenção das faculdades e reabilitação de capacidades.

A utilização de instrumentos de medida é fundamental para um diagnóstico rigoroso desta dimensão. A avaliação funcional é uma área relevante na prestação de cuidados ao cliente dependente internado. Daí que atribuamos importância ao diagnóstico rigoroso com recurso a instrumentos de medida devidamente estudados e validados para a população portuguesa.

O Índice de Barthel possibilita a avaliação da capacidade funcional do idoso e determina o grau de dependência de forma global e de forma parcelar em cada atividade. A tabela seguinte (Tabela 7) apresenta os dados obtidos a esta variável.

**Tabela 6 - Grau de Dependência dos clientes**

|                         | Medicina B – Homens |                    |              |  | Medicina A – Mulheres |                    |              |  | Total      |                    |              |  |
|-------------------------|---------------------|--------------------|--------------|--|-----------------------|--------------------|--------------|--|------------|--------------------|--------------|--|
| Tipo de dependência     | Dependente          | Necessita de ajuda | Independente |  | Dependente            | Necessita de ajuda | Independente |  | Dependente | Necessita de ajuda | Independente |  |
| <b>Alimentação</b>      | 5,9                 | 41,2               | 52,9         |  | 5,0                   | 45,0               | 50,0         |  | 5,6        | 42,3               | 52,1         |  |
| <b>Vestir</b>           | 15,7                | 49,0               | 35,3         |  | 15,0                  | 60,0               | 25,0         |  | 15,5       | 52,1               | 32,4         |  |
| <b>Banho</b>            | 70,6                | 0                  | 29,4         |  | 75,0                  | 0                  | 25,0         |  | 71,8       | 0                  | 28,2         |  |
| <b>Higiene Corporal</b> | 41,2                | 0                  | 58,8         |  | 20,0                  | 0                  | 80,0         |  | 35,2       | 0                  | 64,8         |  |
| <b>Uso do WC</b>        | 21,6                | 41,6               | 37,3         |  | 25,0                  | 45,0               | 30,0         |  | 22,5       | 45,0               | 30,0         |  |
| <b>Subir escadas</b>    | 31,4                | 41,2               | 27,5         |  | 45,0                  | 55,0               | 0            |  | 35,2       | 45,1               | 19,7         |  |

|                            | Incontinente | Incontinência ocasional   | Independente              |              | Incontinente | Incontinência ocasional           | Independente              |              | Incontinente | Incontinência ocasional   | Independente              |              |
|----------------------------|--------------|---------------------------|---------------------------|--------------|--------------|-----------------------------------|---------------------------|--------------|--------------|---------------------------|---------------------------|--------------|
| <b>Controlo intestinal</b> | 3,9          | 33,3                      | 62,7                      |              | 0            | 35,0                              | 65,0                      |              | 2,8          | 33,8                      | 63,4                      |              |
| <b>Controlo Vesical</b>    | 11,8         | 29,4                      | 58,8                      |              | 10,0         | 35,0                              | 55,0                      |              | 11,3         | 31,0                      | 57,7                      |              |
|                            | Dependente   | Necessita de grande ajuda | Necessita de ajuda mínima | Independente | Dependente   | Necessita de grande ajuda         | Necessita de ajuda mínima | Independente | Dependente   | Necessita de grande ajuda | Necessita de ajuda mínima | Independente |
| <b>Transferência</b>       | 3,9          | 25,5                      | 31,4                      | 39,2         | 10,0         | 30,0                              | 45,0                      | 15,0         | 5,6          | 26,8                      | 35,2                      | 32,4         |
| <b>Cama-cadeira</b>        |              |                           |                           |              |              |                                   |                           |              |              |                           |                           |              |
|                            | Dependente   | Ind. com cad. de rodas    | Necessita de ajuda        | Independente | Dependente   | Independente com cadeira de rodas | Necessita de ajuda        | Independente | Dependente   | Ind. com cad. de rodas    | Necessita de ajuda        | Independente |
| <b>Mobilidade</b>          | 19,6         | 0                         | 43,1                      | 37,3         | 30,0         | 10,0                              | 30,0                      | 30,0         | 22,5         | 2,8                       | 39,4                      | 35,2         |

Em relação ao grau de dependência dos inquiridos, constatou-se que os autocuidados em que os clientes apresentam um maior grau de dependência são o banho, onde 70,6% dos inquiridos do sexo masculino e 75% do sexo feminino são dependentes totais. Seguem-se os autocuidados “subir escadas” em que os homens apresentam 31,4% e as mulheres 45%

No extremo oposto, e curiosamente, o autocuidado com uma das percentagens mais elevadas no grau de independência é um dos autocuidados que apresentou simultaneamente uma percentagem de dependência máxima moderado: assim, com uma percentagem de 58,8% no caso dos homens e 80,0% no caso das mulheres, a “higiene corporal” é o autocuidado que se destaca. Atividades como a “alimentação”, “controlo intestinal” e “controlo vesical” estão entre as atividades com maior autonomia com percentagens entre os 52,9% e os 65%.

Em termos sucintos podemos afirmar que, os autocuidados que implicam força muscular/ mobilização dos membros superiores e/ou inferiores, equilíbrio e destreza são as atividades em que os clientes apresentam maior dependência.

As respostas relativas à questão da **avaliação do grau de dependência do doente** foram reagrupadas em cinco categorias correspondentes ao grau de dependência global: *totalmente dependente*, *severamente dependente*, *moderadamente dependente*, *ligeiramente dependente* e *independente*.

Atendendo a esta classificação, os clientes do presente estudo retratam a situação abaixo esquematizada na tabela que seguinte.

**Tabela 7 - Grau de Dependência dos Clientes** (Homens/Mulheres/Total)

| Grau de Dependência      | Medicina B – Homens | Medicina A - Mulheres | Total |
|--------------------------|---------------------|-----------------------|-------|
| Totalmente Dependente    | 9,8%                | 10,0%                 | 9,9%  |
| Severamente Dependente   | 13,7%               | 15,0%                 | 14,1% |
| Moderadamente Dependente | 13,7%               | 25,0%                 | 16,9% |
| Ligeiramente Dependente  | 31,4%               | 35,0%                 | 32,4% |
| Independente             | 31,4%               | 15,0%                 | 26,8% |

Relativamente aos clientes inquiridos do sexo masculino verificamos que aproximadamente 10% dos inquiridos são considerados totalmente dependentes. Os restantes clientes apresentam níveis de dependência inferiores, sendo que uma grande percentagem de indivíduos apresenta um grau de dependência ligeiro ou é considerado independente.

Em relação ao grau de dependência dos inquiridos do sexo feminino presentes neste estudo, verificamos que a percentagem de cliente/doentes totalmente dependentes é sensivelmente o mesmo. Verificamos uma dispersão maior pelas restantes categorias, sendo que a percentagem de indivíduos categorizados como independente é de 15% (menor que no caso dos homens) e a percentagem de indivíduos moderadamente dependente é mais elevada.

Em síntese, os clientes *Homens* que participam na amostra são maioritariamente dependentes no banho, com necessidade de ajuda para vestir e independentes no controlo do intestino.

Por sua vez, as *Mulheres* que participam como doentes no estudo são maioritariamente dependentes no Banho, necessitam de ajuda no Vestuário e são independentes na Higiene Corporal.

### 5.3. A família

No que respeita à caracterização dos familiares que acompanham os clientes internados, colocamos nesta fase da análise da família as questões relativas ao *tipo de família* e ao *familiar que habitualmente acompanhava o cliente no internamento*. As respostas são apresentadas na tabela que se segue (tabela 8), com a frequência (N) e respetiva percentagem.

**Tabela 8 - Caracterização da Família pelos Clientes**

| Caracterização da Família                      |                   |                    |                     |                    |                    |
|--|-------------------|--------------------|---------------------|--------------------|--------------------|
| Variável                                       | Medicina B Homens |                    | Medicina A Mulheres |                    | Total<br>N=71<br>% |
|  | Frequência<br>(N) | Percentagem<br>(%) | Frequência<br>(N)   | Percentagem<br>(%) |                    |
| Tipo de família                                |                   |                    |                     |                    |                    |
| Unipessoal                                     | 3                 | 4,2                | 2                   | 2,8                | 7,0                |
| Nuclear  | 42                | 58,2               | 18                  | 25,4               | 84,5               |
| Alargada                                       | 6                 | 8,5                | 0                   | 0                  | 8,5                |
| Familiar que o acompanha em Situação de Doença |                   |                    |                     |                    |                    |
| Esposa   | 26                | 36,6               | -                   | -                  | 36,6               |
| Marido   | -                 | -                  | 8                   | 11,3               | 11,3               |
| Filhos   | 15                | 21,1               | 6                   | 8,5                | 29,6               |
| Pais   | 1                 | 1,4                | 0                   | 0                  | 1,4                |
| Conjuge e filho (s)                            | 5                 | 7,0                | 3                   | 4,2                | 11,3               |
| Conjuge e filhos e/ou netos                    | 4                 | 5,6                | 0                   | 0                  | 5,6                |
| Irmão  | 0                 | 0                  | 2                   | 2,8                | 2,8                |
| Outro  | 0                 | 0                  | 1                   | 1,4                | 1,4                |

Da análise das respostas sobre a composição da família foram identificadas três tipos de família: família unipessoal, nuclear e alargada. Família unipessoal é um tipo de família composta por uma única pessoa. Dois adultos vivendo juntos num mesmo agregado com os seus filhos biológicos ou adotados constituem uma família nuclear. Quando coabitam ascendentes, descendentes e/ou colaterais por consanguinidade ou não, além de progenitor(es) e/ou filho(s), constituem uma família alargada. De uma forma global, independentemente do género, os clientes estão inseridos em Famílias Nucleares, representando 82,4% para os Homens e 90% para as Mulheres.

Sobre a questão de quem habitualmente o acompanha na sua situação de doença e porque ocorreram respostas múltiplas às opções, fizemos associações tendo vindo a verificar-se que 51% dos Homens era acompanhado pela *Esposa*,

seguindo-se os que eram acompanhados pelos *Filhos*; por sua vez, as Mulheres apresentam-se 40% acompanhadas pelo *Marido*, seguindo-se 30% acompanhadas pelas *Filhas*.

Os dados demonstram existir algumas diferenças entre as mulheres e os homens. No caso das mulheres, estas responderam que habitualmente eram o conjugue ou os filhos que as acompanhavam, com 40% e 30% respetivamente. Acompanhantes como os irmãos ou outros representam 15%. No caso dos homens, a esposa representa mais de 50% dos casos; somando o “conjugue e filhos” ou “conjugue e filhos e/ou netos” esse valor representa mais de 68% dos casos.

Podemos concluir deste grupo de dados referente à variável família que as famílias nucleares são as mais representativas sendo que, entre todas, são os conjugues que mais acompanham os clientes, quer sejam Homens quer Mulheres.

#### 5.4. Envolvimento nos Cuidados

Analisámos agora a perceção que os clientes e familiares têm sobre o seu envolvimento nos cuidados a partir da parceria desenvolvida e proporcionada pelos enfermeiros. Iremos apresentar a visão dos clientes e da família sobre a matéria, discriminando os tipos de cuidados em que os indivíduos foram envolvidos e a importância que estes atribuem à presença da família no internamento.

De imediato apresentamos a perspetiva dos clientes e posteriormente a perspetiva das famílias. A tabela que se segue apresenta os dados relativos ao envolvimento da família pelos enfermeiros (generalistas e/ou especialistas).

**Tabela 9 - Envolvimento da Família pelos Enfermeiros (Clientes)**

| Resposta (%) | Homens (n=51)<br>(Medicina B) | Mulheres (n=20)<br>(Medicina A) |
|--------------|-------------------------------|---------------------------------|
| Não          | 67,3                          | 60                              |
| Sim          | 32,7                          | 40                              |
| Total        | 100%                          | 100%                            |

Em termos gerais, verificamos que os valores de homens e mulheres encontram-se relativamente próximos, com uma percentagem de envolvimento familiar ligeiramente superior para as mulheres (40% contra 32,7%).

Numa análise mais detalhada das respostas positivas por **tipo de cuidado**, exploramos os cuidados específicos em que os familiares foram envolvidos para os doentes com resposta positiva na questão anterior (para homens e mulheres).

**Tabela 10 - Envolvimento da Família pelos Enfermeiros por Tipo de Cuidados (Clientes)**

| Cuidados                     | Homens |          |       |                             | Mulheres |          |       |                             |
|------------------------------|--------|----------|-------|-----------------------------|----------|----------|-------|-----------------------------|
|                              | Sempre | Às vezes | Nunca | Sem opinião / Não se Aplica | Sempre   | Às vezes | Nunca | Sem opinião / Não se Aplica |
| Momento de acolhimento       | 6,7    | 13,3     | 33,3  | 46,7                        | 0,0      | 25,0     | 50,0  | 25,0                        |
| Cuidados de higiene diários  | 6,7    | 20,0     | 26,7  | 46,7                        | 0,0      | 0,0      | 75,0  | 25,0                        |
| Nas refeições                | 6,7    | 20,0     | 26,7  | 46,7                        | 0,0      | 25,0     | 25,0  | 50,0                        |
| Nas entubações               | 0,0    | 20,0     | 13,3  | 66,7                        | 0,0      | 25,0     | 50,0  | 25,0                        |
| Nas algalias                 | 0,0    | 20,0     | 13,3  | 66,7                        | 0,0      | 25,0     | 50,0  | 25,0                        |
| Na preparação da alta        | 20,0   | 20,0     | 13,3  | 46,7                        | 0,0      | 62,5     | 12,5  | 25,0                        |
| Acompanhamento a exames fora | 6,7    | 13,3     | 20,0  | 60,0                        | 0,0      | 0,0      | 75,0  | 25,0                        |
| Tratamentos mais dolorosos   | 6,7    | 6,7      | 20,0  | 66,7                        | 0,0      | 25,0     | 50,0  | 25,0                        |
| Em todos os tratamentos      | 6,7    | 6,7      | 20,0  | 66,7                        | 0,0      | 25,0     | 50,0  | 25,0                        |
| Nas horas de lazer           | 13,3   | 26,7     | 26,7  | 33,3                        | 12,5     | 0,0      | 62,5  | 25,0                        |
| Todos os cuidados prestados  | 6,7    | 6,7      | 20,0  | 66,7                        | 0,0      | 0,0      | 75,0  | 25,0                        |

Para os clientes do sexo masculino, a predominância das respostas ao nível dos cuidados registadas é a resposta “Sem opinião/Não se aplica” com percentagens entre os 33,3% e os 66,7%. A resposta “Nunca” surge geralmente em segundo lugar (com percentagens entre os 13,3% e 33,3%). “Sempre” é habitualmente a resposta menos frequente (com percentagens entre 0% e os 20%), à exceção no cuidado *Na preparação da alta* em que é a segunda resposta mais frequente, a par da resposta “Às vezes”, com 20%.

Para o grupo das mulheres verificamos uma predominância da resposta “Nunca” (com percentagens entre os 12,5% e 75%), não sendo a resposta mais frequente em dois cuidados (no cuidado Nas refeições e Na preparação da alta). “Sem opinião/Não se aplica” ocupa um lugar intermédio representando 25% de todas as respostas dadas. A resposta “Às vezes” apresenta em quatro cuidados uma percentagem nula e no cuidado “Na preparação da alta” é a resposta mais frequente com 62,5%. “Sempre” é a menos frequente, surgindo apenas no cuidado “Nas horas de lazer” e com a percentagem de 12,5%.

Não existe um cuidado que se destaque perentoriamente como o cuidado com maior envolvimento da família pelos enfermeiros. Para os Homens, a *Preparação da alta* constitui aquele que mais se aproxima desse patamar. Para as mulheres, a

linha das respostas foi sensivelmente a mesma, sendo que o cuidado mais frequente a *Preparação da alta*.

Analisando as diferenças entre os serviços de Medicina A e B sobre o envolvimento da família pelos enfermeiros por tipo de cuidados, verificamos que as respostas mais frequentes foram distintas: no caso dos clientes do sexo masculino, a resposta “Sem opinião/Sem resposta” é a que se destaca e para os clientes do sexo feminino é a resposta “Nunca”.

No caso dos Homens, a frequência do envolvimento da família em determinados cuidados indicia ser superior às mulheres, nomeadamente nos cuidados “Cuidados de higiene diários”, Acompanhamento a exames fora”, “Nas horas de lazer” e “Todos os cuidados prestados”.

Prosseguindo com a análise, iremos abordar os momentos de ensino. A tabela seguinte mostra a distribuição das respostas em cada fase por momento de ensino para os mesmos clientes.

**Tabela 11 - Envolvimento da Família pelos Enfermeiros por Tipo de Ensino (clientes)**

| Momentos de ensino      | Homens |          |       |                             | Mulheres |          |       |                             |
|-------------------------|--------|----------|-------|-----------------------------|----------|----------|-------|-----------------------------|
|                         | Sempre | Às vezes | Nunca | Sem opinião / Não se Aplica | Sempre   | Às vezes | Nunca | Sem opinião / Não se Aplica |
| Tomar banho             | 0,0    | 33,3     | 20,0  | 46,7                        | 0,0      | 37,5     | 50,0  | 12,5                        |
| Higiene pessoal         | 0,0    | 33,3     | 13,3  | 53,3                        | 0,0      | 12,5     | 75,0  | 12,5                        |
| Alimentar-se            | 0,0    | 13,3     | 33,3  | 53,3                        | 0,0      | 12,5     | 62,5  | 25,0                        |
| Usar o sanitário        | 0,0    | 26,7     | 13,3  | 60,0                        | 0,0      | 12,5     | 62,5  | 25,0                        |
| Vestir-se ou despir-se  | 0,0    | 33,3     | 20,0  | 46,7                        | 0,0      | 0,0      | 75,0  | 25,0                        |
| Transferência           | 0,0    | 50,0     | 6,3   | 43,7                        | 0,0      | 87,5     | 0,0   | 12,5                        |
| Posicionamento corporal | 0,0    | 33,3     | 13,3  | 53,3                        | 0,0      | 12,5     | 62,5  | 25,0                        |
| Hábitos de eliminação   | 0,0    | 26,7     | 6,7   | 66,7                        | 0,0      | 37,5     | 37,5  | 25,0                        |

Nos clientes do sexo masculino, observa-se uma grande predominância da resposta “Sem opinião/Não se aplica” (com percentagens entre 43,7% e 66,7%) representando mais de 50% das respostas em cinco ensinos. Segue-se a resposta “Às vezes” com percentagens que oscilam entre os 13,3% e os 50. “Nunca” assume uma percentagem mais baixa, não atingindo uma percentagem superior a 33,3%. “Sempre” não foi considerado em nenhum ensino.

Nas mulheres, o padrão de resposta difere pois agora é a resposta “Nunca” que se assume como a resposta mais frequente, excetuando no ensino “Transferência” onde não obteve qualquer resposta. A resposta “Às vezes” difere da anterior, tendo



um comportamento mais oscilante, variando entre os 0% e 87,5%. “Sem opinião/Não se aplica” tem um comportamento regular e com percentagens muito inferiores (entre 12,5% e 25%). À semelhança dos Homens, “Sempre” não obteve qualquer resposta.

Na sua globalidade, os clientes não se sentem sempre envolvidos em nenhum ensino. Os ensinamentos em que os Homens se sentem às vezes envolvidos são na sua maior frequência (50%) na *transferência*, seguido de *tomar banho*, *higiene pessoal*, *vestir-se e despir-se* e *posicionamento corporal*, todos com 33,3%. O cuidado que referem nunca serem envolvidos é na sua maior frequência (33,3%) *alimentar-se*. Por sua vez, as mulheres sentem-se às vezes envolvidas na *transferência* (87,5%), seguido de *tomar banho* e *hábitos de eliminação*, ambos com 37,5%. Os cuidados que referem nunca serem envolvidas são na sua maior frequência (75%) *vestir-se ou despir-se* e *higiene pessoal*, seguido de *alimentar-se*, *usar o sanitário* e *posicionamento corporal*.

No que se refere à **importância do envolvimento da família** atribuída pelos clientes durante o seu processo de internamento, a tendência de resposta é claramente positiva. A tabela seguinte mostra a distribuição das respostas relativamente à importância deste tópico, para os clientes.

**Tabela 12 - Importância do Envolvimento da Família durante o Processo de Internamento**

| Resposta (%) | Homens (n=51)<br>(Medicina B) | Mulheres (n=20)<br>(Medicina A) |
|--------------|-------------------------------|---------------------------------|
| Não          | 3,9                           | 0                               |
| Sim          | 96,1                          | 100                             |
| Total        | 100%                          | 100%                            |

Na generalidade, tanto os homens como mulheres atribuem uma importância máxima ao envolvimento da família durante o seu processo de internamento. No caso dos homens verifica-se que quase a totalidade (96,1%) respondeu afirmativamente à questão, tendo apenas duas pessoas (3,9%) negado essa importância. Relativamente às mulheres, verificou-se que a percentagem das pessoas que respondeu afirmativamente é superior, atingindo a totalidade dos inquiridos (100%).

Terminado a apresentação dos dados relativos à variável **envolvimento nos cuidados** para os clientes iremos focar o **envolvimento da família pelos enfermeiros**, o **envolvimento da família pelos enfermeiros de reabilitação**,

culminando na **importância que os familiares conferem à família durante o internamento**, na perspetiva dos familiares.

A tabela 13 mostra a distribuição das respostas relativamente ao envolvimento da família pelos enfermeiros conforme o sexo dos clientes acompanhados no período de internamento, isto é, conforme o serviço de origem destes, sendo que serão discriminados pelos serviços Medicina B – Homens e Medicina A – Mulheres.

**Tabela 13 - Envolvimento da Família pelos Enfermeiros na perspetiva da Família<sup>3</sup>**

| Resposta (%) | Homens (n=50)<br>(Medicina B) | Mulheres (n=20)<br>(Medicina A) |
|--------------|-------------------------------|---------------------------------|
| Não          | 56,0                          | 65,0                            |
| Sim          | 44,0                          | 35,0                            |
| Total        | 100%                          | 100%                            |

Os resultados dos dados dos participantes da Medicina B-homens apresentam uma distribuição próxima entre os que sentem que não são envolvidos (56%) e os que sentem que são envolvidos (44%). Por seu lado, na Medicina A-mulheres, os familiares sentem maioritariamente (65%) que não são envolvidos e apenas 35% expressam que são envolvidos nos cuidados

Quando questionados sobre o **envolvimento da Família pelos Enfermeiros especialistas de Reabilitação**, a tendência de resposta foi sensivelmente igual à questão anterior, conforme se mostra na tabela seguinte.

**Tabela 14 - Envolvimento da Família pelos Enfermeiros especialistas de Reabilitação na perspetiva da Família<sup>4</sup>**

| Resposta (%) | Homens (n=49)<br>(Medicina B) | Mulheres (n=19)<br>(Medicina A) |
|--------------|-------------------------------|---------------------------------|
| Não          | 53,1                          | 63,2                            |
| Sim          | 46,9                          | 36,8                            |
| Total        | 100%                          | 100%                            |

No caso dos Homens, as opiniões foram ainda mais equilibradas: a maioria dos familiares (53,1%) respondeu que não se sentem envolvidos nos cuidados pelos

<sup>3</sup> N=70 – Uma questão sem resposta na Medicina B – Homens;

<sup>4</sup> N=68 – Três questões sem resposta: duas questões na Medicina B – Homens; uma questão na Medicina A – Mulheres;

enfermeiros de reabilitação, próximo da percentagem de familiares que se sentem envolvidos (46,9%).

Relativamente às Mulheres, os familiares sentem maioritariamente (63,2%) que não são envolvidos e apenas 36,8% se sentem envolvidos nos cuidados.

A análise mais detalhada por tipo de cuidado mostra a distribuição das respostas, por Medicina, para os familiares com respostas positivas em uma ou mais das duas questões explicitadas anteriormente.

**Tabela 15 - Envolvimento da Família pelos Enfermeiros por Tipo de Cuidados na Perspetiva da Família**

| Cuidados                     | Homens |          |       |                             | Mulheres |          |       |                             |
|------------------------------|--------|----------|-------|-----------------------------|----------|----------|-------|-----------------------------|
|                              | Sempre | Às vezes | Nunca | Sem opinião / Não se Aplica | Sempre   | Às vezes | Nunca | Sem opinião / Não se Aplica |
| Momento de acolhimento       | 4,3    | 13,0     | 26,1  | 56,5                        | 0,0      | 28,6     | 42,9  | 28,6                        |
| Cuidados de higiene diários  | 0,0    | 26,1     | 30,4  | 43,5                        | 0,0      | 42,9     | 42,9  | 14,3                        |
| Nas refeições                | 0,0    | 30,4     | 17,4  | 52,2                        | 28,6     | 14,3     | 28,6  | 28,6                        |
| Nas entubações               | 0,0    | 8,7      | 34,8  | 56,5                        | 0,0      | 28,6     | 57,1  | 14,3                        |
| Nas algalias                 | 0,0    | 8,7      | 34,8  | 56,5                        | 0,0      | 28,6     | 57,1  | 14,3                        |
| Na preparação da alta        | 9,1    | 36,4     | 18,2  | 36,4                        | 0,0      | 85,7     | 0,0   | 14,3                        |
| Acompanhamento a exames fora | 0,0    | 13,0     | 39,1  | 47,8                        | 0,0      | 28,6     | 57,1  | 14,3                        |
| Tratamentos mais dolorosos   | 0,0    | 8,7      | 34,8  | 56,5                        | 0,0      | 28,6     | 57,1  | 14,3                        |
| Nas horas de lazer           | 4,3    | 13,0     | 34,8  | 47,8                        | 0,0      | 28,6     | 42,9  | 28,6                        |
| Todos os cuidados prestados  | 0,0    | 4,3      | 34,8  | 60,9                        | 0,0      | 14,3     | 57,1  | 28,6                        |

Os familiares dos homens sentem-se envolvidos sempre no *momento do acolhimento* (4,3%), na *preparação da alta* (9,1%) e nas *horas de lazer* (4,3%). Os cuidados em que se sentem às vezes envolvidos são na sua maior frequência (36,4%) na *preparação para a alta*, seguido das *refeições* (30,4%) e *cuidados de higiene* (26,1%). Por sua vez, o cuidado que referem nunca serem envolvidos é na sua maior frequência (39,1%) *acompanhamento a exames fora*, seguido de *entubações*, *algalias*, *tratamentos mais dolorosos*, *horas de lazer* e *todos os cuidados prestados*, todos com 34,8%.

Os familiares das mulheres sentem-se envolvidos sempre *nas refeições* (28,6%). Os cuidados em que se sentem às vezes envolvidos são na sua maior frequência (85,7%) na *Preparação para a alta*, seguido dos *Cuidados de higiene diários* (42,9%). Já os cuidados que referem nunca serem envolvidos são, na sua maior frequência (todos com 57,1%), *entubações*, *algalias*, *acompanhamento a exames fora*, *tratamentos mais dolorosos* e *todos os cuidados prestados*.

Na globalidade, a percentagem de familiares que não são envolvidos nos cuidados é bastante elevada. Analisando as diferenças entre os serviços de Medicina A e B sobre o tópico, verificamos que nenhuns dos cuidados em que os familiares foram sempre envolvidos são comuns.

Prosseguindo com a análise, iremos abordar os momentos de ensino. A tabela seguinte mostra a distribuição das respostas, em cada fase e por momento de ensino, para os mesmos doentes, na perspetiva da família.

**Tabela 16 - Envolvimento da Família pelos Enfermeiros por Tipo de Cuidados na Perspetiva da Família**

| Momentos de ensino      | Homens |          |       |                             | Mulheres |          |       |                             |
|-------------------------|--------|----------|-------|-----------------------------|----------|----------|-------|-----------------------------|
|                         | Sempre | Às vezes | Nunca | Sem opinião / Não se Aplica | Sempre   | Às vezes | Nunca | Sem opinião / Não se Aplica |
| Tomar banho             | 0,0    | 30,4     | 17,4  | 52,2                        | 0,0      | 42,9     | 42,9  | 14,3                        |
| Higiene pessoal         | 0,0    | 17,4     | 26,1  | 56,5                        | 0,0      | 28,6     | 57,1  | 14,3                        |
| Alimentar-se            | 0,0    | 30,4     | 17,4  | 52,2                        | 0,0      | 28,6     | 42,9  | 28,6                        |
| Usar o sanitário        | 0,0    | 21,7     | 26,1  | 52,2                        | 0,0      | 14,3     | 57,1  | 28,6                        |
| Vestir-se ou despir-se  | 0,0    | 47,8     | 4,3   | 47,8                        | 0,0      | 14,3     | 57,1  | 28,6                        |
| Transferência           | 0,0    | 60,9     | 0,0   | 39,1                        | 0,0      | 85,7     | 0,0   | 14,3                        |
| Posicionamento corporal | 0,0    | 34,8     | 17,4  | 47,8                        | 0,0      | 57,1     | 14,3  | 28,6                        |
| Hábitos de eliminação   | 0,0    | 13,0     | 34,8  | 52,2                        | 0,0      | 57,1     | 28,6  | 14,3                        |

Na perspetiva dos familiares dos clientes Homens, em nenhum momento de ensino estes foram sempre envolvidos pelos enfermeiros. Os ensinamentos em que se sentem às vezes envolvidos são na sua maior frequência (60,9%) na *transferência*, seguido de *vestir-se ou despir-se* (47,8%). Por sua vez, o cuidado que referem nunca serem envolvidos é na sua maior frequência (34,8%) hábitos de eliminação, seguido de *higiene pessoal* e *usar o sanitário*, ambos com 26,1%.

Os familiares dos clientes Mulheres partilham a opinião de não serem sempre envolvidos em nenhum momento de ensino. O ensino em que sentem que foram envolvidos às vezes é, na sua maior frequência (85,7%), a *transferência*, seguido de *posicionamento corporal* e *hábitos de eliminação*, ambos com 57,1%. Por fim, os cuidados que referem nunca terem sido envolvidos são, na sua maior frequência (57,1%), *higiene pessoal*, *usar o sanitário* e *vestir-se ou despir-se*.

Na globalidade, nenhum inquirido considera ser sempre envolvido em algum ensino. A grande diferença entre os serviços de Medicina A e B sobre o tópico é a de que uma percentagem moderada (muitas vezes maioritária) de familiares dos

clientes homens têm dificuldade em exprimir uma opinião, enquanto no contexto da medicina A – mulheres verifica-se que a opinião de nunca serem envolvidos nos momentos de ensino é maioritária em grande parte dos ensinos exceto na *transferência, posicionamento corporal e hábitos de eliminação*.

De seguida mostramos a distribuição das respostas dos familiares sobre a importância que estes atribuem à sua presença e participação durante o internamento.

**Tabela 17 - Importância do Envolvimento da Família durante o Processo de Internamento (Família)**

| Resposta (%) | Homens (n=51)<br>(Medicina B) | Mulheres (n=20)<br>(Medicina A) |
|--------------|-------------------------------|---------------------------------|
| Não          | 9,8                           | 5,0                             |
| Sim          | 90,2                          | 95,0                            |
| Total        | 100%                          | 100%                            |

Verifica-se que a maioria dos inquiridos respondeu afirmativamente à **importância da Família durante o Processo de internamento**: nos homens verifica-se que a percentagem dos que responderam afirmativamente foi de 90,2%, contra 9,8% dos que responderam negativamente. No caso das mulheres, a percentagem de respostas afirmativas é superior com 95%.

Em síntese, a perceção dos clientes homens para o envolvimento da família pelos enfermeiros é na sua maioria negativa; os cuidados de maior envolvimento são *na preparação para a alta e nas horas de lazer* e o momento de ensino de maior envolvimento é a *transferência*. Para as mulheres, a perceção sobre o envolvimento da família pelos enfermeiros é semelhante aos homens, isto é, maioritariamente negativa. Os cuidados de maior envolvimento são *nas horas de lazer e na preparação para a alta* e o momento de ensino de maior envolvimento é a *transferência*.

Na perspetiva dos familiares dos clientes homens, o envolvimento destes nos cuidados é próximo da opinião de não envolvimento. Os cuidados de maior envolvimento são *na preparação para a alta, momento de acolhimento e nas horas de lazer* e o momento de ensino de maior envolvimento *transferência*. Para os familiares dos clientes mulheres, a perceção sobre o envolvimento é na sua maioria negativa; o cuidado de maior envolvimento é *as refeições* e o momento de ensino de maior envolvimento a *transferência*.

Clientes e seus familiares são unânimes ao atribuírem importância máxima ao envolvimento da família durante as etapas do processo de internamento.

Verificam-se ainda algumas diferenças entre homens e mulheres no que diz respeito ao envolvimento dos familiares nos cuidados/ensinos como oportunamente foram descritas anteriormente, na perspetiva dos clientes.

Como ultima recomendação deste capítulo, acrescenta-se que pelo baixo número de observações não é possível afirmar se estas diferenças são significativas, não sendo possível atribuir validade incondicional a estas conclusões, devendo ser apenas consideradas como meras indicações por forma a repensar a parceria de cuidados com a família.

Por fim, algo que foi notório nas respostas a estas questões e não deixa de ser algo revelador de algum distanciamento entre os clientes e os profissionais de saúde, foi o facto de uma percentagem elevada de inquiridos expressar uma opinião algo insegura com respostas “sem opinião/não se aplica”, desconhecendo a realidade que vivenciam nos serviços.

## **5.5. Satisfação dos clientes face aos cuidados de enfermagem**

A apreciação dos cuidados de enfermagem pelos clientes é determinada por aquilo que acontece durante o período do seu internamento, sendo que pode ser influenciado por outros fatores externos. Daí o nosso interesse sobre a satisfação dos clientes relativamente aos cuidados de enfermagem de reabilitação.

A escala utilizada (SUCEH<sub>21</sub>) é composta por duas partes. Primariamente os inquiridos foram questionados sobre a frequência com que os cuidados de enfermagem lhes foram prestados, encontrando-se os resultados presentes na tabela seguinte. A segunda parte da escala direciona as questões para a opinião dos clientes para determinadas áreas de cuidados, na mesma lógica de respostas, determinando a satisfação dos inquiridos.

**Tabela 18 - Frequência da administração dos cuidados de Enfermagem na perspetiva do Cliente – SUCEH<sub>21</sub>**

| Questão | Homens (n=51) |          |       |               |       | Mulheres (n=20) |          |       |               |       |
|---------|---------------|----------|-------|---------------|-------|-----------------|----------|-------|---------------|-------|
|         | Sempre        | Às vezes | Nunca | Não se aplica | Total | Sempre          | Às vezes | Nunca | Não se aplica | Total |
| 1.      | 72,5          | 21,6     | 2,0   | 3,9           | 100   | 80,0            | 20,0     | 0,0   | 0,0           | 100   |
| 2.      | 76,5          | 17,6     | 2,0   | 3,9           | 100   | 85,0            | 15,0     | 0,0   | 0,0           | 100   |
| 3.      | 39,2          | 21,6     | 19,6  | 19,6          | 100   | 15,0            | 25,0     | 45,0  | 15,0          | 100   |
| 4.      | 21,6          | 13,7     | 25,5  | 39,2          | 100   | 10,0            | 10,0     | 40,0  | 40,0          | 100   |
| 5.      | 25,5          | 9,8      | 25,5  | 39,2          | 100   | 10,0            | 10,0     | 40,0  | 40,0          | 100   |
| 6.      | 84,3          | 13,7     | 2,0   | 0,0           | 100   | 90,0            | 10,0     | 0,0   | 0,0           | 100   |
| 7.      | 80,4          | 15,7     | 2,0   | 2,0           | 100   | 90,0            | 10,0     | 0,0   | 0,0           | 100   |
| 8.      | 9,8           | 7,8      | 35,3  | 47,1          | 100   | 0,0             | 0,0      | 45,0  | 55,0          | 100   |
| 9.      | 74,5          | 19,6     | 5,9   | 0,0           | 100   | 85,0            | 15,0     | 0,0   | 0,0           | 100   |
| 10.     | 92,2          | 5,8      | 2,0   | 0,0           | 100   | 75,0            | 25,0     | 0,0   | 0,0           | 100   |
| 11.     | 98,0          | 2,0      | 0,0   | 0,0           | 100   | 100             | 0,0      | 0,0   | 0,0           | 100   |
| 12.     | 94,1          | 5,9      | 0,0   | 0,0           | 100   | 100             | 0,0      | 0,0   | 0,0           | 100   |
| 13.     | 98,0          | 2,0      | 0,0   | 0,0           | 100   | 95,0            | 5,0      | 0,0   | 0,0           | 100   |
| 14.     | 88,2          | 9,8      | 2,0   | 0,0           | 100   | 90,0            | 10,0     | 0,0   | 0,0           | 100   |
| 15.     | 88,2          | 11,8     | 0,0   | 0,0           | 100   | 90,0            | 10,0     | 0,0   | 0,0           | 100   |

**Chave:** 1 – Informação necessária para lidar com as necessidades em cuidados de enfermagem; 2 – Preocupação em realizar ensinamentos de forma a lidar com as necessidades; 3 – Preocupação em envolver os familiares; 4 – Preocupação em transmitir informação sobre os serviços (lares, centros de saúde, etc.); 5 – Preocupação em transmitir informação sobre a forma como utilizar os serviços; 6 – Explicação de forma compreensível; 7 – Tentam saber se compreendeu e se necessário repetem a informação; 8 – Preocupação em fornecer informação escrita; 9 – Preocupação em explicar os cuidados que prestam; 10 – Facilidade em obter ajuda dos enfermeiros; 11 – Preocupação em manter a privacidade; 12 – Preocupação em manter um ambiente calmo e confortável; 13 – Simpatia dos profissionais de enfermagem; 14 – Atribuição de importância aos problemas; 15 – Paciência no atendimento dos clientes

No que diz respeito à opinião sobre a **administração dos cuidados**, os **clientes do sexo masculino** expressaram a opinião de que os cuidados relacionados com a *informação necessária para lidar com as necessidades de cuidados de enfermagem, preocupação em realizar ensinamentos, explicação de forma compreensível, preocupação em saber da compreensão do receptor e repetição da informação conforme a necessidade, preocupação em explicar os cuidados, facilidade em obter a ajuda dos enfermeiros, preocupação em manter a privacidade, um ambiente calmo e confortável, simpatia, valorização dos problemas e paciência* são administrados com uma grande frequência, obtendo percentagens entre os 72,5% e os 98,0%. A *preocupação em envolver os familiares* segue-se logo a seguir a este grupo, ainda como maioritária, embora com uma percentagem bastante inferior (39,2%), o que significa que este cuidado foi administrado com uma frequência moderada. De referir que neste grupo de questões se destacam as

questões 10, 11, 12 e 13 já que obtiveram uma percentagem de resposta “Sempre” superior a 90%, o que implica que sejam cuidados administrados quase sempre.

*A preocupação em transmitir informação sobre serviços e a forma como os pode utilizar e a preocupação em fornecer informação por escrito* foram cuidados cuja maioria dos inquiridos expressam a opinião de nunca terem sido administrados.

Analisando as **mulheres**, estas expressam a opinião de que os cuidados *informação necessária para lidar com as necessidades de cuidados de enfermagem, preocupação em realizar ensinamentos, explicação de forma compreensível, preocupação em saber da compreensão do receptor e repetição da informação conforme a necessidade, preocupação em explicar os cuidados, facilidade em obter a ajuda dos enfermeiros, preocupação em manter a privacidade, um ambiente calmo e confortável, simpatia, valorização dos problemas e paciência* foram prestados com uma frequência elevada (com percentagens da resposta “Sempre” entre 75% e os 100%). Deste grupo destacam-se os cuidados *preocupação em manter um ambiente de privacidade e um ambiente calmo e confortável* em que a totalidade dos inquiridos opina que são os cuidados sempre administrados.

*A preocupação em fornecer informação por escrito* é o cuidado que nunca foi administrado, seguido do cuidado *preocupação em envolver os familiares*.

No sentido de averiguarmos diferenças entre a administração de cuidados de enfermagem entre os serviços de Medicina Interna, utilizámos o teste (não paramétrico) de Wilcoxon-Mann-Whitney, porque temos uma variável ordinal, em que a hipótese nula em teste é a de que a frequência de administração de determinado cuidado de enfermagem é a mesma nos dois serviços de Medicina Interna e a hipótese alternativa é a de que essa frequência é superior na Medicina B – Homens, utilizando como nível de significância os 5% (em alternativa os 10%).



**Tabela 19 - Comparação da Opinião da Administração dos Cuidados de Enfermagem (SUCEH<sub>21</sub>) nos dois serviços de Medicina - Clientes (Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney)**

| Questão | Estatística teste | Valor-p | Comparação entre serviços      |
|---------|-------------------|---------|--------------------------------|
| 1.      | 466,0             | 0,458   | Frequência = nos dois serviços |
| 2.      | 462,0             | 0,388   | Frequência = nos dois serviços |
| 3.      | 400,5             | 0,147   | Frequência = nos dois serviços |
| 4.      | 456,0             | 0,468   | Frequência = nos dois serviços |
| 5.      | 452,0             | 0,435   | Frequência = nos dois serviços |
| 6.      | 480,0             | 0,525   | Frequência = nos dois serviços |
| 7.      | 459,0             | 0,316   | Frequência = nos dois serviços |
| 8.      | 429,0             | 0,254   | Frequência = nos dois serviços |
| 9.      | 452,0             | 0,308   | Frequência = nos dois serviços |
| 10.     | 425,0             | 0,060   | Frequência > na Medicina B     |
| 11.     | 500,0             | 0,531   | Frequência = nos dois serviços |
| 12.     | 480,0             | 0,271   | Frequência = nos dois serviços |
| 13.     | 494,5             | 0,489   | Frequência = nos dois serviços |
| 14.     | 500,0             | 0,816   | Frequência = nos dois serviços |
| 15.     | 501,0             | 0,834   | Frequência = nos dois serviços |

**Chave:** 1 – Informação necessária para lidar com as necessidades em cuidados de enfermagem; 2 – Preocupação em realizar ensinos de forma a lidar com as necessidades; 3 – Preocupação em envolver os familiares; 4 – Preocupação em transmitir informação sobre os serviços (lares, centros de saúde, etc.); 5 – Preocupação em transmitir informação sobre a forma como utilizar os serviços; 6 – Explicação de forma compreensível; 7 – Tentam saber se compreendeu e se necessário repetem a informação; 8 – Preocupação em fornecer informação escrita; 9 – Preocupação em explicar os cuidados que prestam; 10 – Facilidade em obter ajuda dos enfermeiros; 11 – Preocupação em manter a privacidade; 12 – Preocupação em manter um ambiente calmo e confortável; 13 – Simpatia dos profissionais de enfermagem; 14 – Atribuição de importância aos problemas; 15 – Paciência no atendimento dos clientes

Através dos resultados obtidos, verifica-se que não há diferenças significativas entre a administração dos cuidados de enfermagem entre os serviços analisados, na opinião dos inquiridos. Somente ao nível da **facilidade em obter ajuda dos enfermeiros** se detetou uma opinião favorável, com a salvaguarda que se utilizou o nível de significância a 10%.

Em seguida, os participantes foram inquiridos sobre qual o grau de satisfação com os cuidados de enfermagem. Proceder-se-á, de forma análoga ao que foi efetuado anteriormente, à comparação deste tópico entre os dois serviços. A tabela que se segue apresenta os resultados relativos a este tópico.

**Tabela 20 - Grau de satisfação com os Cuidados de Enfermagem na perspetiva do cliente/doente – SUCEH<sub>21</sub>**

| Questão | Homens     |                                     |              |                               |       | Mulheres   |                                     |              |                               |       |
|---------|------------|-------------------------------------|--------------|-------------------------------|-------|------------|-------------------------------------|--------------|-------------------------------|-------|
|         | Satisfeito | Nem satisfeito/<br>Nem insatisfeito | Insatisfeito | Não se aplica/<br>Sem opinião | Total | Satisfeito | Nem satisfeito/<br>Nem insatisfeito | Insatisfeito | Não se aplica/<br>Sem opinião | Total |
| 1.      | 92,2       | 3,8                                 | 2,0          | 2,0                           | 100   | 90,0       | 5,0                                 | 0,0          | 5,0                           | 100   |
| 2.      | 78,4       | 2,0                                 | 0,0          | 19,6                          | 100   | 95,0       | 0,0                                 | 0,0          | 5,0                           | 100   |
| 3.      | 86,3       | 11,8                                | 0,0          | 2,0                           | 100   | 100        | 0,0                                 | 0,0          | 0,0                           | 100   |
| 4.      | 96,1       | 3,9                                 | 0,0          | 0,0                           | 100   | 100        | 0,0                                 | 0,0          | 0,0                           | 100   |
| 5.      | 80,4       | 19,6                                | 0,0          | 0,0                           | 100   | 70,0       | 25,0                                | 5,0          | 0,0                           | 100   |
| 7.      | 90,2       | 3,9                                 | 0,0          | 5,9                           | 100   | 95,0       | 0,0                                 | 0,0          | 5,0                           | 100   |

**Chave:** 1 – Forma como os enfermeiros explicam as coisas; 2 – Forma como foi recebido pelos enfermeiros no hospital; 3 – Tempo que os enfermeiros demoram a dar resposta às suas solicitações/pedidos; 4 – Preocupação dos enfermeiros pela preservação da intimidade; 5 – Disponibilidade dos Enfermeiros; 7 – Conhecimento dos enfermeiros sobre a necessidade de cuidados;

Para os **Homens**, a **Forma como os enfermeiros explicam as coisas (linguagem utilizada, preocupação em repetir em caso de não compreensão, preocupação em saber se tinha mesmo percebido)**, a resposta “Satisfeito” é maioritária com 92,2%, seguindo-se a resposta “Nem satisfeito/nem insatisfeito” (já a uma longa distância) com 3,8% dos casos. Pode-se concluir que o grau de satisfação deste cuidado é muito elevado. No caso das **Mulheres**, a resposta “Satisfeito” é igualmente maioritária (90%). Também neste caso, pode-se concluir que o grau de satisfação deste cuidado é elevado. O valor-p do teste de Wilcoxon-Mann-Whitney é 0,761, superior a 5%, pelo que pode levar a pensar que o grau de satisfação com este cuidado é semelhante nos dois grupos.

Em relação à **Forma como foi recebido pelos enfermeiros no hospital**, os **homens** estão satisfeitos (78,4%), não existindo clientes insatisfeitos. O grau de satisfação deste cuidado foi elevado. No caso das **mulheres**, a resposta maioritária foi “Satisfeito” com 95% das respostas, o que significa que o grau de satisfação com este cuidado foi elevadíssimo. O valor-p do teste de Wilcoxon-Mann-Whitney é 0,099, inferior a 10%, pelo que se aceita a hipótese nula, ou seja, o grau de satisfação com este cuidado é superior para as mulheres.

Em relação ao **Tempo que os enfermeiros demoram a dar resposta às suas solicitações/pedidos**, os homens apresentam “Satisfeito” como a resposta maioritária com 86,3%, seguindo-se em 2º lugar a uma longa distância a resposta “Nem satisfeito/nem insatisfeito” com 11,8%. Por estes dados se conclui que o grau

de satisfação foi elevado. Relativamente às **mulheres**, a totalidade (100%) das inquiridas está satisfeita com o cuidado. O valor-p do teste de Wilcoxon-Mann-Whitney é 0.083, superior a 5% mas inferior a 10%, pelo que se aceita a hipótese nula, ou seja, o grau de satisfação com este cuidado é superior para as mulheres.

Na questão sobre a ***Preocupação dos enfermeiros em preservar a sua intimidade quando prestam cuidados***, os **homens** estão satisfeitos com o cuidado (96,1%), com um grau de satisfação muito elevado. Para o mesmo cuidado, a totalidade (100%) das **mulheres** está satisfeita. O valor-p do teste de Wilcoxon-Mann-Whitney é 0,372, superior a 5%, pelo que se poderá concluir que o grau de satisfação com este cuidado é semelhante nos dois serviços.

Relativamente à ***Disponibilidade dos enfermeiros (para o ouvir, ou mesmo para lhe resolver alguma situação relacionada com o serviço***, 80,4% dos inquiridos **homens** respondeu estar “satisfeito” com o cuidado e 19,6% “Nem satisfeito/nem insatisfeito”. Relativamente às **mulheres**, “Satisfeito” foi a resposta maioritária com 70,0%, seguindo-se “Nem satisfeito/nem insatisfeito” com 25%. 5% refere estar insatisfeito. O valor-p do teste de Wilcoxon-Mann-Whitney é 0.307, superior a 5%, o que aponta que o grau de satisfação com este cuidado semelhante nos dois serviços.

No que se refere ao ***conhecimento que os enfermeiros têm sobre os cuidados***, os **homens** estão maioritariamente satisfeitos (90,2%) com o cuidado, não existindo qualquer cliente insatisfeito, pelo que se conclui que o grau de satisfação com este cuidado é elevado. Em relação às **mulheres**, os resultados são semelhantes, com um ligeiro aumento da percentagem da resposta “Satisfeito” (com 95%). O valor-p do teste de Wilcoxon-Mann-Whitney é 0,533, superior a 5%, podendo-se perspetivar que o grau de satisfação com este cuidado é semelhante nos dois serviços.

Avançando na análise da satisfação dos clientes, iremos agora fazer a análise conforme as dimensões definidas na escala, anteriormente já apresentadas e descritas na metodologia do estudo: ***eficácia na comunicação, utilidade da informação, qualidade no atendimento, prontidão na assistência, manutenção do ambiente terapêutico e promoção da continuidade dos cuidados***.

A tabela que se segue mostra a distribuição das respostas obtidas por serviço de origem (sexo) dos clientes em cada dimensão.

**Tabela 21 - Satisfação dos Clientes com os Cuidados de Enfermagem por Dimensões**

| Dimensões                            | Homens                |                                   |              |                               |       | Mulheres              |                                   |              |                               |       |
|--------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|--------------|-------------------------------|-------|-----------------------|-----------------------------------|--------------|-------------------------------|-------|
|                                      | Sempre/<br>Satisfeito | Às vezes/ Nem<br>sat./ Nem insat. | Insatisfeito | Não se aplica/<br>Sem opinião | Total | Sempre/<br>Satisfeito | Às vezes/ Nem<br>sat./ Nem insat. | Insatisfeito | Não se aplica/<br>Sem opinião | Total |
| Eficácia na comunicação              | 85,6                  | 11,1                              | 2,0          | 1,3                           | 100   | 90                    | 8,3                               | 0,0          | 1,7                           | 100   |
| Utilidade na informação              | 51,8                  | 15,3                              | 14,1         | 18,8                          | 100   | 52                    | 12                                | 17           | 19                            | 100   |
| Qualidade no atendimento             | 90,2                  | 4,3                               | 0,4          | 5,1                           | 100   | 96                    | 2,0                               | 0,0          | 2,0                           | 100   |
| Prontidão na assistência             | 89,2                  | 8,8                               | 1,0          | 1,0                           | 100   | 87,5                  | 12,5                              | 0,0          | 0,0                           | 100   |
| Manutenção do ambiente terapêutico   | 90,2                  | 9,8                               | 0,0          | 0,0                           | 100   | 88,8                  | 10                                | 1,2          | 0,0                           | 100   |
| Promoção da continuidade de cuidados | 30,4                  | 17,7                              | 22,6         | 29,4                          | 100   | 12,5                  | 17,5                              | 42,5         | 27,5                          | 100   |

Relativamente aos **homens**, as dimensões que apresentam percentagens mais elevadas são: **eficácia na comunicação** (85,6%), **qualidade no atendimento** (90,2%), **prontidão na assistência** (89,2%) e **manutenção do ambiente terapêutico** (90,2%). Significa isto que, estas são as dimensões que representam um maior grau de satisfação para os cliente/doentes. A **utilidade na informação** aparece como maioritária (51,8%) mas apresenta uma percentagem marcadamente inferior às dimensões anteriores, pelo que se pode concluir que o grau de satisfação é moderado. Por último, a promoção da continuidade dos cuidados apresenta uma percentagem de 30,4%, representando a maioria das respostas mas próxima das respostas “Sem opinião/Não se aplica” e “Insatisfeito” com as percentagens de 29,4% e 22,6%, respetivamente, implicando um nível de satisfação moderado a baixo.

No caso das **mulheres**, as dimensões que apresentam percentagens mais elevadas são equiparáveis aos homens, ou seja: **eficácia na comunicação** (90%), **qualidade no atendimento** (96%), **prontidão na assistência** (87,5%) e **manutenção do ambiente terapêutico** (88,8%). Assim sendo, estas são as dimensões que representam um maior grau de satisfação para os clientes. A dimensão **utilidade na informação** é igualmente maioritária com 52% das

respostas, mas com uma percentagem consideravelmente inferior às dimensões anteriores, pelo que se pode concluir que o grau de satisfação é moderado. Finalmente, a dimensão **promoção da continuidade de cuidados** tem uma percentagem de resposta de insatisfação de 42,5%, sendo que somente 12,5% dos inquiridos está satisfeito com a dimensão.

Através do descrito nos dois parágrafos anteriores verificamos que as dimensões mais e menos satisfatórias para os clientes não diferem em função do género. Assim, as dimensões atribuídas tanto por clientes homens como por clientes mulheres como mais satisfatórias são comuns, não se atribuindo diferenças entre eles.

De seguida, passamos para a análise da totalidade da escala para os clientes, dissecando primariamente a opinião sobre a administração dos cuidados que engloba o conjunto das 15 questões relativas a esta frequência e, em seguida, o grau de satisfação global dos clientes que engloba o conjunto das 6 questões relativas a este tópico.

**Tabela 22 - Frequência total de Opinião dos cuidados de Enfermagem (Clientes)**

| Homens |          |       |               |       | Mulheres |          |       |               |       |
|--------|----------|-------|---------------|-------|----------|----------|-------|---------------|-------|
| Sempre | Às vezes | Nunca | Não se aplica | Total | Sempre   | Às vezes | Nunca | Não se aplica | Total |
| 69,5   | 11,9     | 8,3   | 10,3          | 100   | 67,7     | 11       | 11,3  | 10            | 100   |

A opinião sobre a **administração dos cuidados de enfermagem** aponta para que, nos **homens**, a resposta “Sempre” seja maioritária com 69,5%, seguindo-se “Às vezes” com 11,9%, “Não se aplica” com 10,3% e, por fim, “Nunca” com 8,3. Os resultados permitem concluir que a frequência total de administração dos cuidados é, na generalidade, elevada. No caso das **mulheres**, os resultados são semelhantes: a resposta “Sempre” é maioritária com 67,7%, seguindo-se a resposta “Nunca” com 11,3%, “Às vezes” com 11% e, por fim, “Não se aplica” com 10%.

Como referimos anteriormente, é momento de apresentarmos a análise da satisfação global com os cuidados de enfermagem.

**Tabela 23 - Satisfação Global com os Cuidados de Enfermagem (Clientes)**

| Homens     |                                     |              |                               |       | Mulheres   |                                     |              |                               |       |
|------------|-------------------------------------|--------------|-------------------------------|-------|------------|-------------------------------------|--------------|-------------------------------|-------|
| Satisfeito | Nem satisfeito/<br>Nem insatisfeito | Insatisfeito | Não se aplica/<br>Sem opinião | Total | Satisfeito | Nem satisfeito/<br>Nem insatisfeito | Insatisfeito | Não se aplica/<br>Sem opinião | Total |
| 87,3       | 7,5                                 | 0,3          | 4,9                           | 100   | 91,7       | 5                                   | 0,8          | 2,5                           | 100   |

No que diz respeito à **satisfação global com os cuidados de enfermagem**, os **homens** estão na sua maioria satisfeitos, representando 87,3% do total dos inquiridos. Somente 0,3% refere estar “insatisfeito” (resposta “não se aplica/ sem opinião” com 4,9%). Conclui-se que o grau de satisfação global com os cuidados de enfermagem é elevado.

Relativamente às **mulheres**, a resposta “satisfeito” é igualmente maioritária com uma percentagem 91,7%, pelo que se conclui que o grau de satisfação global com os cuidados de enfermagem é muito elevado.

Estes resultados permitem concluir que, na generalidade, o nível de satisfação com os cuidados de enfermagem não difere entre os serviços de prestação de cuidados.

### ***Satisfação da família com os cuidados de enfermagem***

De forma análoga ao que foi efetuado para os clientes, os familiares dos clientes inquiridos foram auscultados sobre qual a frequência com que os cuidados de enfermagem foram administrados aos clientes internados na instituição. Uma vez mais ressalvamos que, na análise efetuada, a divisão do grupo dos familiares foi conduzida em função do membro familiar internado em uma das duas medicinas incluídas no estudo, pelo que a apresentação será feita em virtude da categorização: Medicina B – Homens e Medicina A – Mulheres.

**Tabela 24 - Frequência da Opinião sobre a Administração dos Cuidados de Enfermagem na perspetiva da Família (SUCEH<sub>21</sub>)**

| Questão | Medicina B – Homens |          |       |               |       | Medicina A – Mulheres |          |       |               |       |
|---------|---------------------|----------|-------|---------------|-------|-----------------------|----------|-------|---------------|-------|
|         | Sempre              | Às vezes | Nunca | Não se aplica | Total | Sempre                | Às vezes | Nunca | Não se aplica | Total |
| 1.      | 43,1                | 41,2     | 11,8  | 3,9           | 100   | 35,0                  | 45,0     | 20,0  | 0,0           | 100   |
| 2.      | 37,3                | 37,3     | 17,6  | 7,8           | 100   | 45,0                  | 20,0     | 30,0  | 5,0           | 100   |
| 3.      | 29,4                | 43,1     | 13,7  | 13,7          | 100   | 15,0                  | 45,0     | 30,0  | 10,0          | 100   |
| 4.      | 19,6                | 21,6     | 37,3  | 21,6          | 100   | 10,0                  | 10,0     | 40,0  | 40,0          | 100   |
| 5.      | 17,6                | 13,7     | 45,1  | 23,5          | 100   | 5,0                   | 25,0     | 50,0  | 20,0          | 100   |
| 6.      | 74,5                | 17,6     | 3,9   | 3,9           | 100   | 50,0                  | 25,0     | 10,0  | 15,0          | 100   |
| 7.      | 72,5                | 17,6     | 5,9   | 3,9           | 100   | 45,0                  | 30,0     | 0,0   | 25,0          | 100   |
| 8.      | 9,8                 | 9,8      | 51,0  | 29,4          | 100   | 10,0                  | 5,0      | 60,0  | 25,0          | 100   |
| 9.      | 43,1                | 39,2     | 13,7  | 3,9           | 100   | 25,0                  | 65,0     | 5,0   | 5,0           | 100   |
| 10.     | 88,2                | 3,9      | 0,0   | 7,8           | 100   | 75,0                  | 20,0     | 5,0   | 0,0           | 100   |
| 11.     | 98,0                | 2,0      | 0,0   | 0,0           | 100   | 80,0                  | 10,0     | 5,0   | 5,0           | 100   |
| 12.     | 80,4                | 13,7     | 0,0   | 5,9           | 100   | 75,0                  | 10,0     | 5,0   | 10,0          | 100   |
| 13.     | 96,1                | 3,9      | 0,0   | 0,0           | 100   | 75,0                  | 15,0     | 5,0   | 5,0           | 100   |

**Chave:** 1 – Informação necessária para lidar com as necessidades em cuidados de enfermagem; 2 – Preocupação em realizar ensinamentos de forma a lidar com as necessidades; 3 – Preocupação em envolver os familiares; 4 – Preocupação em transmitir informação sobre os serviços (lares, centros de saúde, etc.); 5 – Preocupação em transmitir informação sobre a forma como utilizar os serviços; 6 – Explicação de forma compreensível; 7 – Tentam saber se compreendeu e se necessário repetem a informação; 8 – Preocupação em fornecer informação escrita; 9 – Preocupação em explicar os cuidados que prestam; 10 – Facilidade em obter ajuda dos enfermeiros; 11 – Simpatia dos profissionais de enfermagem; 12 – Atribuição de importância aos problemas; 13 – Paciência no atendimento dos clientes

Analisando a perspetiva dos **familiares dos clientes Homens** relativo à administração de cuidados verificamos que os cuidados referentes à *explicação de forma compreensível, preocupação em atestar a compreensão da informação e repetir o ensino sempre que necessário, facilidade em obter ajuda dos enfermeiros, simpatia, atribuição de importância aos problemas e, por fim, a paciência no atendimento* são administrados numa frequência elevada, entre os 72,5% e os 98,0%. Os cuidados relativos à *informação necessária para lidar com as necessidades em cuidados de enfermagem e à preocupação em explicar os cuidados prestados* seguem-se logo a seguir a este grupo, ainda como maioritariamente administrados, embora com uma percentagem bastante inferior (ambas com 43,1%), o que significa que este cuidado foi administrado com uma frequência moderada. No polo oposto, os cuidados *preocupação em transmitir a informação sobre os serviços e a forma como utilizar os serviços e a preocupação em fornecer informação escrita* são os cuidados menos administrados.

Os **familiars dos clientes Mulheres** expressam a opinião que os cuidados *facilidade em obter ajuda dos enfermeiros, simpatia dos enfermeiros, valorização dos problemas e paciência no atendimento* são administrados numa frequência elevada. Seguem-se os cuidados *explicação de forma compreensível* com 50% de respostas sempre, *preocupação em realizar ensinios* e *preocupação em saber a compreensão do cliente sobre determinada informação*, ambas com 45% das respostas sempre.

Por outro lado, nos cuidados *preocupação em transmitir informação sobre os serviços, preocupação em transmitir informação sobre a forma como utilizar os serviços* e *preocupação em fornecer informação escrita*, “Nunca” surge como a resposta maioritária com as duas últimas questões a corresponderem a metade ou mais da percentagem das respostas obtidas, o que significa que estes cuidados foram administrados numa frequência muito baixa.

Prosseguindo na nossa análise, á semelhança do que foi feito anteriormente no caso dos clientes, iremos comparar a opinião sobre a administração dos cuidados de enfermagem entre os dois serviços.

**Tabela 25 - Comparação da Opinião da Administração dos Cuidados de Enfermagem (SUCEH<sub>21</sub>) entre serviços - Familiares (Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney)**

| Questão | Estatística teste | Valor-p | Comparação entre serviços       |
|---------|-------------------|---------|---------------------------------|
| 1.      | 466,0             | 0,547   | Frequência = nos dois serviços  |
| 2.      | 503,5             | 0,930   | Frequência = nos dois serviços  |
| 3.      | 425,5             | 0,243   | Frequência = nos dois serviços  |
| 4.      | 371,0             | 0,063   | Frequência> Medicina B - Homens |
| 5.      | 498,0             | 0,870   | Frequência = nos dois serviços  |
| 6.      | 371,5             | 0,032   | Frequência> Medicina B - Homens |
| 7.      | 354,5             | 0,019   | Frequência> Medicina B - Homens |
| 8.      | 506,0             | 0,955   | Frequência = nos dois serviços  |
| 9.      | 453,5             | 0,432   | Frequência = nos dois serviços  |
| 10.     | 449,5             | 0,219   | Frequência> Medicina B - Homens |
| 11.     | 417,0             | 0,007   | Frequência> Medicina B - Homens |
| 12.     | 476,5             | 0,548   | Frequência = nos dois serviços  |
| 13.     | 400,5             | 0,007   | Frequência> Medicina B - Homens |

**Chave:** 1 – Informação necessária para lidar com as necessidades em cuidados de enfermagem; 2 – Preocupação em realizar ensinios de forma a lidar com as necessidades; 3 – Preocupação em envolver os familiares; 4 – Preocupação em transmitir informação sobre os serviços (lares, centros de saúde, etc.); 5 – Preocupação em transmitir informação sobre a forma como utilizar os serviços; 6 – Explicação de forma compreensível; 7 – Tentam saber se compreendeu e se necessário repetem a informação; 8 – Preocupação em fornecer informação escrita; 9 – Preocupação em explicar os cuidados que prestam; 10 – Facilidade em obter ajuda dos enfermeiros; 11 – Simpatia dos profissionais de enfermagem; 12 – Atribuição de importância aos problemas; 13 – Paciência no atendimento dos clientes



Através dos resultados obtidos, verifica-se que há algumas diferenças significativas entre a administração dos cuidados de enfermagem entre os serviços analisados, na opinião dos familiares dos clientes internados. Ao nível dos cuidados ***preocupação em saber se compreendeu e se necessário repetem a informação, simpatia dos profissionais de enfermagem e paciência no atendimento dos clientes*** detetou-se uma opinião favorável para os cuidados do serviço de medicina B – Homens, com um nível de significância de 5%. Ainda ao nível da ***Preocupação em transmitir informação sobre os serviços (lares, centros de saúde, etc.)*** observa-se uma opinião favorável, com a salvaguarda que neste caso se utilizou o nível de significância a 10%.

Em seguida, tal como efetuado nos clientes, os familiares foram inquiridos sobre o grau de satisfação relativamente aos cuidados de enfermagem administrados, procedendo-se também à comparação desse grau entre serviços e encontrando-se esses resultados na tabela seguinte.

**Tabela 26 - Grau de Satisfação com os Cuidados de Enfermagem na perspetiva do familiar - SUCEH<sub>21</sub>**

| Questão | Medicina B – Homens |                                     |              |                               |       | Medicina A – Mulheres |                                     |              |                               |       |
|---------|---------------------|-------------------------------------|--------------|-------------------------------|-------|-----------------------|-------------------------------------|--------------|-------------------------------|-------|
|         | Satisfeito          | Nem satisfeito/<br>Nem insatisfeito | Insatisfeito | Não se aplica/<br>Sem opinião | Total | Satisfeito            | Nem satisfeito/<br>Nem insatisfeito | Insatisfeito | Não se aplica/<br>Sem opinião | Total |
| 1.      | 76,5                | 13,7                                | 0,0          | 9,8                           | 100   | 80,0                  | 10,0                                | 0,0          | 10,0                          | 100   |
| 2.      | 98,0                | 2,0                                 | 0,0          | 0,0                           | 100   | 90,0                  | 10,0                                | 0,0          | 0,0                           | 100   |
| 3.      | 74,5                | 17,6                                | 0,0          | 7,8                           | 100   | 65,0                  | 20,0                                | 5,0          | 10,0                          | 100   |
| 4.      | 80,4                | 5,9                                 | 3,9          | 9,8                           | 100   | 70,0                  | 15,0                                | 0,0          | 15,0                          | 100   |
| 6.      | 78,4                | 7,8                                 | 0,0          | 13,7                          | 100   | 70,0                  | 15,0                                | 0,0          | 15,0                          | 100   |

**Chave:** 1 – Forma como os enfermeiros explicam as coisas; 2 – Forma como foi recebido pelos enfermeiros no hospital; 3 – Tempo que os enfermeiros demoram a dar resposta às suas solicitações/pedidos; 4 – Disponibilidade dos Enfermeiros; 6 – Conhecimento dos enfermeiros sobre a necessidade de cuidados;

Para os familiares dos clientes Homens, a ***Forma como os enfermeiros explicam as coisas (linguagem utilizada, preocupação em repetir em caso de não compreensão, preocupação em saber se tinha mesmo percebido)*** é maioritariamente satisfatória com 76,5%, não se verificando nenhum inquirido insatisfeito. Pode-se concluir que o grau de satisfação deste cuidado é elevado. No caso dos familiares das Mulheres, a maioria dos inquiridos está satisfeito (80%), podendo-se concluir que o grau de satisfação deste cuidado é elevado. O valor-p

do teste de Wilcoxon-Mann-Whitney é 0,779, superior a 5%, pelo que pode levar a pensar que o grau de satisfação com este cuidado é semelhante nos dois grupos.

Relativamente à ***Forma como foi recebido pelos enfermeiros no hospital***, os **familiares dos clientes homens** obtiveram como resposta maioritária a resposta “Satisfeito”, representando a quase totalidade das respostas (98%). O grau de satisfação deste cuidado foi muito elevado. No caso dos **familiares dos clientes mulheres**, a resposta maioritária foi igualmente “Satisfeito” com 90% das respostas, o que significa que o grau de satisfação com este cuidado foi elevado. O valor-p do teste de Wilcoxon-Mann-Whitney é 0,133, superior a 5%, pelo que o grau de satisfação com este cuidado é igual nos dois grupos.

Em relação ao ***Tempo que os enfermeiros demoram a dar resposta às suas solicitações/pedidos***, os homens apresentam “Satisfeito” como a resposta maioritária, representando 74,5% do universo das respostas pelo que o grau de satisfação é elevado. Relativamente aos **familiares das mulheres**, a maioria (65%) dos familiares está satisfeito com o cuidado. O valor-p do teste de Wilcoxon-Mann-Whitney é 0.400, superior a 5%, pelo que o grau de satisfação com este cuidado é igual nos dois grupos.

Relativamente à ***Disponibilidade dos enfermeiros (para o ouvir, ou mesmo para lhe resolver alguma situação relacionada com o serviço)***, 80,4% dos **familiares dos clientes Homens** respondeu estar “satisfeito” com o cuidado, 5,9% “Nem satisfeito/nem insatisfeito”, sendo que apenas 3,9% refere insatisfação com o cuidado. No que concerne aos **familiares dos clientes mulheres**, “Satisfeito” foi a resposta maioritária com 70%. O valor-p do teste de Wilcoxon-Mann-Whitney é 0.381, superior a 5%, o que aponta que o grau de satisfação com este cuidado é semelhante nos dois serviços.

Finalmente, no que se refere ao ***conhecimento que os enfermeiros têm sobre os cuidados***, no caso dos **familiares dos Homens**, o cuidado é satisfatório para 78,4% dos inquiridos, não existindo qualquer resposta “Insatisfeito”, pelo que se conclui que o grau de satisfação com este cuidado é elevado. Em relação aos **familiares das mulheres**, os resultados são semelhantes, com uma ligeira diminuição da percentagem dos inquiridos satisfeitos (70%). O valor-p do teste de Wilcoxon-Mann-Whitney é 0,509, superior a 5%, podendo-se perspetivar que o grau de satisfação com este cuidado é semelhante nos dois serviços.

Prosseguindo a análise dos familiares, apresentamos agora a distribuição das respostas dos familiares dos clientes internados em cada dimensão.

**Tabela 27 - Satisfação dos Familiares com os Cuidados de Enfermagem por dimensões**

| Dimensões                            | Medicina B – Homens |                                |                     |                            |       | Medicina A – Mulheres |                                |              |                            |       |
|--------------------------------------|---------------------|--------------------------------|---------------------|----------------------------|-------|-----------------------|--------------------------------|--------------|----------------------------|-------|
|                                      | Sempre/ Satisfeito  | Às vezes/ Nem sat./ Nem insat. | Nunca/ Insatisfeito | Não se aplica/ Sem opinião | Total | Sempre/ Satisfeito    | Às vezes/ Nem sat./ Nem insat. | Insatisfeito | Não se aplica/ Sem opinião | Total |
| Eficácia na comunicação              | 74,5                | 16,3                           | 3,3                 | 5,9                        | 100   | 58,3                  | 21,7                           | 3,3          | 16,7                       | 100   |
| Utilidade na informação              | 30,2                | 28,2                           | 27,8                | 13,7                       | 100   | 24                    | 32                             | 33           | 11                         | 100   |
| Qualidade no atendimento             | 85,6                | 7,8                            | 0,0                 | 6,5                        | 100   | 78,3                  | 11,7                           | 1,7          | 8,3                        | 100   |
| Prontidão na assistência             | 81,4                | 10,8                           | 0,0                 | 7,8                        | 100   | 70,0                  | 20,0                           | 5,0          | 5,0                        | 100   |
| Manutenção do ambiente terapêutico   | 91,5                | 4                              | 1,3                 | 3,2                        | 100   | 75                    | 13,3                           | 3,3          | 8,3                        | 100   |
| Promoção da continuidade de cuidados | 24,5                | 32,4                           | 25,5                | 17,7                       | 100   | 12,5                  | 27,5                           | 35,0         | 25,0                       | 100   |

As dimensões com percentagens mais elevadas de satisfação para os **familiares dos homens** são: **eficácia na comunicação** (74,5%), **qualidade no atendimento** (85,6%), **prontidão na assistência** (81,4%) e **manutenção do ambiente terapêutico** (91,5%), pelo que se pode concluir que o grau de satisfação nestas dimensões é elevado. No que se refere à **utilidade na informação** a resposta “Sempre/ satisfeito” é igualmente maioritária mas com uma dispersão grande entre as respostas, tendo a resposta “Nunca/insatisfeito” a percentagem de 27,8%, pelo que se pode concluir que o grau de satisfação é moderado. Por fim, na dimensão **promoção da continuidade de cuidados** a resposta com a percentagem mais elevada é “Às vezes/Nem satisfeito/Nem insatisfeito/ com 32,4%, seguido da resposta “Nunca/ Insatisfeito” com 25,5%, enquanto “Sempre/ Satisfeito” obteve 24,5% das respostas. Logo o nível de satisfação é moderado com tendência para baixo.

Em relação aos **familiares dos clientes mulheres**, as dimensões com percentagens mais elevadas são: **qualidade no atendimento** (78,3%), **prontidão na assistência** (70%) e **manutenção do ambiente terapêutico** (75%), pelo que se

pode concluir que o grau de satisfação destas dimensões é elevado. A dimensão **eficácia na comunicação** apresenta a resposta “Sempre/ satisfeito” como maioritária (com 58,3%), mas com uma percentagem consideravelmente inferior às dimensões anteriormente referidas. Logo o grau de satisfação da dimensão é moderado. As restantes duas dimensões – **utilidade na informação** e **promoção da continuidade de cuidados** – têm como resposta maioritária “Insatisfeito” com as percentagens de 33% e 35%, respetivamente. O grau de satisfação destas dimensões é moderado com tendência para baixo.

Avançando com a **análise da totalidade da escala** para os **familiares** dos clientes internados, apresentámos primariamente a opinião com a administração dos cuidados de enfermagem que engloba o conjunto das 13 questões relativas a esta frequência e, em seguida, o grau de satisfação global dos familiares dos clientes que engloba as 5 questões relativas a este tópico. Mais uma vez, os dados são apresentados separando os serviços de origem.

**Tabela 28 - Frequência total da Opinião com os Cuidados de Enfermagem, na perspetiva da família**

| Medicina B – Homens |          |       |               |       | Medicina A – Mulheres |          |       |               |       |
|---------------------|----------|-------|---------------|-------|-----------------------|----------|-------|---------------|-------|
| Sempre              | Às vezes | Nunca | Não se aplica | Total | Sempre                | Às vezes | Nunca | Não se aplica | Total |
| 54,6                | 20,5     | 15,4  | 9,6           | 100   | 41,9                  | 25       | 20,4  | 12,7          | 100   |

Relativamente à opinião da administração dos cuidados de Enfermagem, os **familiares dos clientes homens** têm a resposta “Sempre” como maioritária (54,6%), seguindo-se em segundo lugar, já a uma longa distância, “Às vezes” com 20,5%, tendo a resposta “Nunca” obtido a percentagem de 15,4%. Logo se conclui que a opinião sobre a administração dos cuidados é moderada a elevada. No caso dos **familiares dos clientes mulheres**, a resposta “Sempre” é igualmente maioritária (41,9%), seguindo-se a resposta “Às vezes” com 25%, “Nunca” com 20,4% e, por fim, “Não se aplica” com 12,7%, pelo que se conclui que a opinião sobre frequência total da administração dos cuidados de enfermagem é moderada.

**Tabela 29 - Satisfação Global com os Cuidados de Enfermagem, na perspetiva dos familiares**

| Medicina B – Homens |                                     |              |                               |       | Medicina A – Mulheres |                                     |              |                               |       |
|---------------------|-------------------------------------|--------------|-------------------------------|-------|-----------------------|-------------------------------------|--------------|-------------------------------|-------|
| Satisfeito          | Nem satisfeito/<br>Nem insatisfeito | Insatisfeito | Não se aplica/<br>Sem opinião | Total | Satisfeito            | Nem satisfeito/<br>Nem insatisfeito | Insatisfeito | Não se aplica/<br>Sem opinião | Total |
| 81,6                | 9,4                                 | 0,8          | 8,2                           | 100   | 75                    | 14                                  | 1            | 10                            | 100   |

Em relação à **Satisfação global com os Cuidados de Enfermagem**, os **familiares dos clientes homens** apresentam-se maioritariamente satisfeitos, com uma percentagem elevada (81,6%), seguindo-se a resposta “Nem satisfeito/ Nem insatisfeito” com 9,4%. A percentagem de respostas “Insatisfeito” é residual (0,8%). Logo se conclui que o grau de satisfação global com os cuidados de enfermagem é elevado.

Em relação aos **familiares dos clientes mulheres**, a resposta “Satisfeito” é maioritária com 75%, seguindo-se a resposta “Nem satisfeito/ Nem insatisfeito” com 14%. Somente 1% refere estar “Insatisfeito”, pelo que se conclui que o grau de satisfação global com os cuidados de enfermagem é elevado.

De referir que, relativamente á satisfação global, há um grau ligeiramente superior de satisfação para os familiares dos clientes homens comparativamente aos familiares dos clientes mulheres, mas não é significativo.

Em síntese, verificamos que a população que participou neste estudo, nomeadamente os clientes internados nos serviços de medicina, é uma população idosa, na sua maioria casada, com um nível de iliteracia básico e com pouca atividade profissional.

Os familiares, por sua vez, são mais jovens (apesar de estarem na fase adulta), predominantemente casados, com um nível de instrução literário mais sustentado, predominando o ensino básico mas com uma taxa de analfabetismo menor; no geral os familiares são mais ativos profissionalmente.

No que se refere ao grau de dependência dos clientes verificamos que, de um modo transversal, a população estudada não é demasiadamente dependente. Para cada um dos serviços incluído neste estudo, uma percentagem cumulativa de

inquiridos bastante significativa apresentava um grau de dependência ligeiro ou não possuía qualquer dependência. Ainda assim, no caso das mulheres, a percentagem cumulativa de indivíduos categorizados em graus de dependência mais elevados é maior. Numa análise mais profunda por “*tipo de dependência*” verificámos que os autocuidados como o “banho”, “subir escadas” e a “mobilidade” são aquelas que apresentam graus de dependência mais elevados, sendo que as mulheres apresentam percentagens de “Dependência total” sempre superiores aos homens.

Relativamente à família verificámos que o tipo de família nuclear é predominante. Analisando o envolvimento da família nos cuidados, a primeira e principal inferência que podemos fazer é que não foi muito significativo. Segundo os dados obtidos, o envolvimento familiar na perspetiva dos clientes ocorreu numa percentagem moderada a baixa (mais baixa para os homens). No entanto, quanto questionados sobre a importância do envolvimento dos familiares, os clientes atribuem-lhe importância máxima. Por fim, no que aos tipos de cuidados /ensinos diz respeito, em virtude do reduzido número de respostas positivas tendo por base já de uma amostra algo reduzida, qualquer conclusão seria inválida. Não obstante, são dados que permitem que contribuam para um processo profundo de reflexão sobre a perceção dos clientes sobre o seu envolvimento pessoal nos cuidados de Enfermagem, bem como repensar a parceria de cuidados.

Na perspetiva dos familiares dos clientes internados, o envolvimento familiar é moderado a baixo (superior na medicina de homens). Quando questionados especificamente sobre o envolvimento nos cuidados pelos enfermeiros especialistas de reabilitação, as respostas são sensivelmente iguais, favoráveis aos homens. A importância que atribuem ao envolvimento da família nos cuidados é máxima, á semelhança da opinião dos clientes.

Os resultados obtidos sobre a opinião dos clientes sobre a administração dos cuidados de Enfermagem e a satisfação com os Cuidados de Enfermagem denotam um certo equilíbrio em todas os tópicos e dimensões. Em termos gerais, as dimensões mais satisfatórias são a eficácia na comunicação, qualidade no atendimento, prontidão na assistência e manutenção do ambiente terapêutico. A opinião total sobre a administração dos cuidados de enfermagem e a satisfação global com os cuidados de enfermagem é moderada a elevada e não difere no género.

Na perspetiva dos familiares, a opinião dos familiares dos clientes homens sobre a administração dos cuidados de enfermagem é tendencialmente favorável em

determinados cuidados, comparativamente aos familiares dos clientes mulheres. Analisando por dimensões, as percentagens das respostas satisfatória são todas mais elevadas na medicina homens. As dimensões comuns e mais satisfatórias para os familiares são a qualidade no atendimento, a prontidão na assistência e a manutenção do ambiente terapêutico. Acresce nos homens a dimensão eficácia na comunicação.





## 6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Terminado a fase descritiva dos dados é importante questioná-los e trazê-los para o ponto de partida, ou seja, será que os doentes dependentes e respetivos familiares estão satisfeitos com as intervenções dos enfermeiros de reabilitação?

Em termos básicos, o processo de discussão e interpretação dos resultados constitui a tentativa do pesquisador para explicar as descobertas, relacionando-as com os trabalhos anteriores conhecidos na área. A discussão dos dados em torno da verificação de hipóteses deverá incidir sobre os resultados significativos previstos pelo investigador, os resultados não significativos, os resultados significativos diferentes dos previstos e os resultados não previstos (Fortin, 1999).

A perceção comum nos primórdios desta investigação era o de que a satisfação dos clientes, enquanto contributiva para a melhoria da condição de saúde em geral, se encontrava relacionada com a forma de atuação dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação.

Em termos gerais e de uma forma longitudinal, os resultados obtidos permitem-nos afirmar que a satisfação global com os cuidados de enfermagem foi positiva, verificando-se para dimensões específicas, níveis elevados de satisfação. Este aspeto vem corroborar a ideia de que os recursos humanos de uma instituição de saúde, nomeadamente os profissionais de saúde, exercem influência direta na perceção de satisfação dos clientes (Johansson, Oléni, Fridlund, 2002). A maior satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem poderá incrementar a perceção global com os cuidados de saúde, os ganhos em saúde efetivos e a visão mais positiva para com determinada organização de saúde.

Um aspeto já comprovado em diversas investigações sobre a temática é a de que os cuidados de enfermagem exercem uma forte influência nos cuidados de saúde gerais e, sobretudo, na perceção dos clientes sobre a qualidade dos cuidados recebidos e na própria satisfação dos clientes (Johansson, Oléni & Fridlund, 2002; Yellen, 2002; Alhusban & Abualrub, 2009). Entre as várias justificações que se podem enunciar, há uma que é irredutível: os enfermeiros são o grupo profissional da saúde que mais tempo passa com os clientes nas instituições de saúde.

Atendendo aos objetivos e às questões de investigação inicialmente propostos, procederemos à discussão de resultados tendo em conta a sequência da sua apresentação.

Nesta investigação centramos a nossa atenção em pessoas internados em serviços de Medicina Interna, dependentes e alvo dos cuidados de enfermagem de reabilitação e seus familiares relevantes. A amostra é constituída por 142 indivíduos, sendo que 71 são clientes internados e 71 familiares desses mesmos clientes. Ao nível dos clientes, o sexo masculino é o género predominante: 71,8% do género masculino e 28,2% do género feminino. A média de idades está acima dos 65 anos com os clientes do género masculino a apresentarem uma média ligeiramente superior. Tais dados vão de encontro, em parte, ao que é divulgado pelo INE (2004): em Portugal, entre 1991 e 2001, verificou-se um crescimento acentuado da população com 65 anos ou mais de idade, o que será bastante plausível face ao aumento do número de famílias unipessoais de idosos aliado à subida do número de famílias com idosos.

Relativamente ao estado civil, os idosos estão condensados no estado casado/união de facto, sendo que para as mulheres o estado de viuvez é igualmente representativo. A literatura existente (Figueiredo, 2007) sugere parte destes achados ao afirmar que na generalidade a pessoa idosa que recebe cuidados é casada ou viúva, tal como é observado na pesquisa de Gomes (2008).

Apesar de apresentar uma tendência descendente, a taxa de iliteracia na população mais idosa, de acordo com o INE (2002 c)) ainda permanece elevada (55,1). Na amostra do estudo, a taxa de analfabetismo foi de 14,1%, apresentando a maioria (69%) o ensino básico, estando os restantes distribuídos por níveis de escolaridade superior. Também os estudos de Sequeira (2007), Gomes (2008) demonstram o baixo nível de escolaridade dos idosos.

Relativamente ao grau de dependência, a avaliação da capacidade funcional do individuo foi possível usando a Escala de Barthel através da obtenção de uma pontuação, variando esta de forma inversamente proporcional ao grau de dependência. Com a amostra estudada obteve-se a média de 62,1 pontos (desvio padrão: 28,3) valor mínimo de 5 e máximo de 95 e mediana de 60 pontos. Atendendo à classificação adotada por Sequeira (2007), 31,4% dos clientes no género masculino e 35,0% dos clientes do género feminino foram classificados ligeiramente dependentes. Tais dados assemelham-se ao estudo revelado por Fernandes *et al.* (2009), onde verificaram que para os idosos estudados houve

predomínio dos dependentes ligeiros (53,85%), com a média a ser ligeiramente inferior (53,9 pontos), sugestivo de um grau de dependência ligeiramente inferior que no presente estudo. O estudo de Gomes (2008) revela uma população mais dependente, em que a maior parte dos inquiridos é totalmente dependente na maioria dos autocuidados.

Estes dados são apoiados pelo envelhecimento da população e consequente perda gradual das capacidades físicas, patológicas e cognitivas que decorrem do processo normal de senescência em idades avançadas, aumento da sinistralidade, etc. Paul (1997) refere que cerca de 15,0% dos idosos encontram-se semi-dependentes.

Relativamente aos autocuidados que exibem maior dependência no estudo em questão foram o banho, higiene corporal e subir escadas. Lucas e Pacheco (2000) revelaram que as AVD's onde se evidenciam as maiores dependências foram o banho (48,8%) e no vestir com 20,9%. Estes dados são apoiados pelo estudo de Gomes (2008) cujos autocuidados em que a população estudada apresentou um grau de dependência mais elevado foram o subir escadas (81,8%), tomar banho (76,4%) e higiene pessoal (73,4%).

Da análise da composição da família, verificou-se que os clientes estão inseridos na sua maioria em famílias nucleares. No que concerne ao familiar que habitualmente acompanha o cliente em situação de doença, verificou-se que é alguém do género feminino e com uma relação próxima do cliente que mais regularmente está presente nos vários períodos do internamento. Estes dados não surpreendem, pois normalmente os acompanhantes dos clientes são os elementos da família nuclear ou alargada próxima, devido às ligações afetivas existentes. Estes dados confirmam, ou pelo menos indiciam, dois factos com bastantes evidências. Em primeiro lugar de que a função de cuidar ao longo dos tempos tem estado vinculada essencialmente à família (Sequeira, 2010 cit. Lage, 2005). Na verdade é no contexto familiar que normalmente se processa a assimilação do papel do cuidador, sendo que tradicionalmente verificam-se algumas diferenças entre género: ao homem é imputada a responsabilidade pelo sustento da casa e à mulher a responsabilidade pelo cuidar da casa, nomeadamente, as tarefas domésticas, o cuidar dos filhos, etc (Sequeira, 2010). Na atualidade, esta conceção não é tão estanque, o relativismo pode ser mesmo uma palavra usada para a definir; não obstante e apesar de todas as reticências, verifica-se que o cuidar continua a ser preferencialmente exercido pelo sexo feminino.

O papel principal de prestação de cuidados a pessoas com dependência, habitualmente idosas (como é a população estudada), continua a ser assumido pela família, apesar de todas as transformações sociais e políticas existentes, como é referido por Sequeira (2010), citando este, vários estudos onde o papel histórico e social de cuidar é atribuído a um ou mais elementos da família. Mais se acrescenta que este papel recai habitualmente na mulher (conjugue, filhos, outros familiares), ideia confirmada por outros tantos estudos (Lage, 2005; Melo, 2005). Para muitas mulheres, cuidar de um familiar é uma extensão do seu papel de esposa, mãe e dona de casa (Lage, 2007 cit. Erickson, 2005).

Relativamente à satisfação dos clientes, verificamos que o nível de satisfação é bastante elevado. No geral, as dimensões com percentagens mais elevadas dizem respeito à eficácia na comunicação (se compreendem a informação, se os enfermeiros preocupam-se em transmitir informação correta e garantem a compreensão), qualidade no atendimento (privacidade, se é dada importância aos problemas particulares) e o ambiente terapêutico e relação interpessoal (manutenção de ambiente calmo, simpatia, paciência). Os utentes participantes demonstraram que as intervenções baseadas no plano relacional e emocional são bastante valorizadas e preponderantes na forma como os indivíduos percebem a satisfação no contexto dos cuidados de saúde. Estes dados são apoiados pela revisão da literatura realizada por Johansson (2002), o qual acrescenta ainda que as intervenções de enfermagem baseadas nos sentimentos são mais importantes para a satisfação dos clientes do que as intervenções de enfermagem de domínio técnico e são poucos os estudos que mostram que a satisfação dos clientes resulta da competência técnica dos enfermeiros.

No sentido oposto, a utilidade da informação e a promoção da continuidade de cuidados representaram as dimensões com menores níveis de satisfação, denotando que os utentes estão menos satisfeitos com a qualidade da informação disponibilizada pelos enfermeiros para lidar com a sua situação de saúde/doença e com a preocupação do enfermeiro no envolvimento dos familiares ou pessoas significativas no processo de cuidar.

No estudo de Gomes (2008) visando conhecer os contributos da especialização em enfermagem de Reabilitação para a qualidade dos cuidados em saúde, a investigadora analisou a satisfação de 204 utentes com os cuidados de enfermagem de reabilitação. Os resultados comprovam que os cuidados de enfermagem são importantes para a satisfação do doente, sendo que a qualidade

da informação transmitida pelos enfermeiros e a falta de promoção do envolvimento familiar foram as dimensões com níveis de satisfação mais baixos.

Os resultados são ainda consistentes (em parte) com as conclusões do estudo de Johansson et al. (2002). Segundo estes investigadores são as intervenções em domínios relacionais e emocionais aquelas que se revelam fundamentais para a satisfação global dos clientes com os cuidados de enfermagem. A informação é igualmente fundamental pois concluíram que os clientes informados mostram-se mais satisfeitos, sendo que a falta de informação tem-se mostrado ser a maior causa de insatisfação dos utentes.

Focalizando agora a discussão dos resultados para o grupo dos familiares dos clientes inquiridos. Relativamente à distribuição face ao sexo dos familiares, a grande maioria pertence ao sexo feminino, o que está de acordo com os dados de vários estudos realizados onde a permanência do papel histórico e social de cuidar é atribuído a um familiar próximo, geralmente a uma mulher (Rodriguez, 2001; Brito, 2002). As suas idades estão compreendidas entre os 21 e os 83 anos, sendo a média pouco acima dos 50 anos. A maioria é casada.

Respeitante ao grau de instrução, a grande maioria tem o ensino primário completo, seguido do ensino secundário. Resultados parcialmente comparáveis com anteriores estudos (Brito, 2002; Santos, 2004; Lage, 2005; Petronilho, 2007). No que concerne à profissão, um grande número de indivíduos são reformados, seguido de trabalhadores por conta de outrem.

Dados relativos à opinião dos inquiridos sobre o envolvimento da família pelos enfermeiros mostram que a maioria dos familiares não é envolvida pelos enfermeiros nos diversos momentos do processo de cuidar à pessoa internada. As razões que objetivam este facto não foram determinadas no presente estudo, podendo ser devidas a diversas causas. Não obstante, um dado que indicia potencial recetividade dos familiares para o envolvimento no cuidar é a importância máxima assumida por todos os inquiridos a esta questão.

Este resultado pode ser justificado pela existência de alguma evidência de que os serviços de reabilitação dos países ocidentais não priorizam de facto o envolvimento das famílias nem tão pouco incentivam os membros familiares a tornarem-se membros ativos na equipa de reabilitação (Levack, 2008).

Uma revisão da literatura realizada por Visser-Meily et. al. (2006) em que analisou a importância do conjugue no processo de reabilitação do utente com AVC concluiu

que o envolvimento e o apoio a todos os membros da família são fundamentais em todas as fases do processo de reabilitação para que se atinjam ganhos em saúde, embora não seja esta a prática comum nos hospitais. O mesmo autor referindo-se a dois estudos de Bretenton (2002) e Smith (2004), especifica que os conjugues recebem pouco treino de capacidades mesmo quando são estes a ter iniciativa de o procurar.

Monteiro (2010), no seu estudo sobre como vivem as famílias o processo de dependência em meio hospitalar, realizado num serviço de Medicina, concluiu que *“a abordagem à família como cliente continua a evidenciar alguma utopia”* (p. 176).

Aceitar o silogismo direto que a predisposição dos familiares para o envolvimento nos cuidados significa a aceitação do papel prestador de cuidados do familiar que é dependente, ou alguma participação no cuidar, é extremamente complexo, pois as razões que levam um membro da família a cuidar de um familiar que se torna dependente podem ser diversas, do mesmo modo que a decisão contrária pode ter diversos fundamentos.

De um modo geral, *“a família constitui o grupo primário básico de apoio e que tem o papel mais relevante no cuidado a longo prazo, como é o caso da dependência associada à doença crónica”* (Sequeira, 2007, p.100), assumindo nestas situações, um dos seus elementos o papel de cuidador informal. Contudo, este processo é tendencialmente complexo, decorrendo de uma situação inesperada sobre a qual o cuidador não tem influencia ou opção de escolha, sobretudo devido à escassa oferta de alternativas institucionais e ao modo como a família muitas vezes elege o cuidador (Figueiredo, 2007; Sequeira, 2007).

Analisando a satisfação dos familiares dos utentes, verificamos que a satisfação é globalmente elevada. As dimensões que se revelaram mais satisfatórias são a qualidade de atendimento, a prontidão na assistência, a manutenção do ambiente terapêutico e a eficácia na comunicação.

A aferição destes resultados com outros estudos não foi possível pois os estudos existentes a que tivemos acesso não contemplam estas variáveis. Uma das razões talvez seja pelo facto de que a priorização das necessidades dos familiares dos utentes com dependência, sobretudo numa fase aguda, não é consensual.

Com esta afirmação avançamos para a discussão das diferenças nos níveis de satisfação dos clientes e familiares, incorporando nessa análise as variáveis dependência e envolvimento.

Recapitulamos que neste estudo, a satisfação global com os cuidados de enfermagem foi bastante elevada. Estes resultados estão de acordo com os estudos existentes sobre a matéria, sendo inclusive mais positivos face a alguns estudos existentes. No estudo de Ribeiro (2003), utilizando a escala de SUCCEH, a média da satisfação global com os cuidados de enfermagem foi de 85,76%. Alias, a mesma autora faz referência a diversos autores que concluem que nos estudos de satisfação com os cuidados de saúde, as médias de satisfação rondam os 80%.

Vale (2011), procurou relacionar a satisfação dos clientes e da família antes e depois de um processo de sensibilização para a prática de parceria de cuidados com a família, com uma amostra de 300 indivíduos entre clientes e familiares, realizado em dois serviços de medicina interna do HSJ (serviços comuns ao presente estudo). Os resultados indicaram que os níveis de satisfação dos clientes foram elevados com percentagens que se situaram pouco acima dos 80%, abaixo dos alcançados no nosso estudo. Mais relevante é o facto de que mesmo após o processo formativo instituído, os níveis de satisfação foram ligeiramente inferiores aos obtidos no nosso estudo.

O género não se revelou uma variável determinante a julgar pelas semelhanças dos resultados obtidos entre os clientes dos dois serviços incorporados no estudo. Semelhança essa que é, aliás, alargada aos familiares dos clientes, isto é, tanto na medicina B como na medicina A a resposta “satisfeito” é maioritária para todas as dimensões.

Os cuidados de Enfermagem dos clientes da amostra inserem-se na área específica de intervenção dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. Tanto mais que todos os clientes da amostra partilham o facto de lhes terem sido prestados cuidados de enfermagem especializados de reabilitação (ou serem familiares destes) durante o internamento.

O exercício de determinar a significância ou não da variável dependência para a satisfação global dos clientes e/ou em cada dimensão isoladamente não é aplicável em virtude do número de casos existentes neste estudo. De uma forma global, o que é possível inferir é que os clientes, apresentando graus de dependência variados onde o grau de dependência ligeiro é predominante, manifestaram uma satisfação global elevada. Os estudos existentes que abordam estas variáveis são escassos. Gomes (2008), para uma população predominantemente dependente em grau elevado na maioria dos autocuidados, exceptuando os itens função intestinal e função urinária, concluiu que somente os doentes com grau de dependência

moderado e elevado na dimensão deambular e internamento, por causas traumáticas, manifestaram maior satisfação com os cuidados recebidos por parte dos enfermeiros especialistas.

Liu, C. et al (2004), num estudo realizado para determinar as características dos pacientes que não sentiram qualquer benefício com determinado processo de reabilitação, identificou apenas dois fatores associados desta vez, não à satisfação, mas à insatisfação em processos de reabilitação com internamento implícito, onde não é identificado qualquer relação com a variável grau de dependência, sendo estes: perceção de falta de suporte na comunidade e falta de adesão dos clientes ao regime terapêutico, em particular às recomendações dos profissionais de saúde.

Terminado o parágrafo anterior com a identificação da falta de adesão dos clientes ao regime terapêutico como fator de insatisfação, progredimos para a análise da variável envolvimento nos cuidados. Os dados gerados por este estudo sugerem que os clientes (incluindo os familiares) são unânimes em determinar a importância do envolvimento dos familiares no processo de internamento, aspeto que não se refletiu no envolvimento efetivo ocorrido. Como é referido por Johansson et al (2002), no processo de autonomia do doente, todos os elementos envolvidos devem unir esforços para desenvolver um trabalho conjunto na partilha de objetivos comuns.

A participação escassa dos familiares nos cuidados/ensinos é um dado relevante. A importância manifestada supera o envolvimento ocorrido, assim como a proporção de familiares envolvidos não está claramente traduzida nos dados gerados pelos cuidados e ensinos. Várias razões podem ter determinado estes dados, questões que não foram objetivo específico deste trabalho.

Não obstante, verificamos que o envolvimento dos familiares ocorrido no nosso estudo, na perspetiva dos clientes, foi muito superior, comparado com o envolvimento dos familiares verificado no estudo de Vale (2011) antes do processo formativo produzido nesse estudo (Homens: 10,3% / Mulheres: 7,1%). Após o processo formativo, o envolvimento manteve-se superior na Medicina A com uma diferença mínima (40% contra 35,7%) e foi ligeiramente inferior na Medicina B (32,7% contra 35,3%).

Na perspetiva dos familiares, a situação é semelhante, isto é, antes do processo formativo de Vale (2011), o envolvimento dos familiares é significativamente superior (Homens: 44,0% contra 32,6% / Mulheres: 35,0% contra 21,4%); após o



processo formativo, o envolvimento dos familiares manteve-se superior na Medicina B (44,0% contra 35,4%), sendo inferior na Medicina A (35,0% contra 42,9%). No caso dos homens, essa diferença aumenta quando comparado com o envolvimento pelos enfermeiros de reabilitação.

Os dados gerados por este estudo para esta variável não são claros (nem suficientes) na determinação da relação do envolvimento com a satisfação dos clientes. No que se refere aos familiares dos clientes, a afirmação de acharem importante a participação pessoal no processo de internamento não significa disposição para assumir um papel ativo e integral no processo de reabilitação. Esta dimensão deveria ter sido melhor contemplada no estudo. Ainda assim, o facto de as dimensões relativas à utilidade da informação e da promoção da continuidade de cuidados terem sido as menos satisfatórias poderem estar relacionadas com algumas restrições dos profissionais de saúde no envolvimento dos familiares. Por outro lado, poderão estes resultados demonstrar que no contexto do processo de reabilitação, os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação estariam mais orientados para desenvolver um processo de enfermagem orientado para os clientes, negligenciado o familiar para segundo plano? Não temos resposta contundente para esta questão. De qualquer modo a ajuizar pelos resultados obtidos pelos clientes sobre a satisfação, mesmo tendo sido todos os clientes alvos de cuidados especializados de reabilitação, verificou-se que as dimensões menos satisfatórias são sobreponíveis aos familiares. Poderá esta menor satisfação ter sido causada, em parte, pelo menor envolvimento dos familiares no processo de cuidar.

Estes achados não são únicos deste estudo. Levack et al. (2009) inicia o seu estudo enumerando diversos argumentos a favor do envolvimento da família no processo de reabilitação, nomeadamente contemplando as dimensões da integração de competências cognitivas, técnicas e emocionais através do processo ensino-aprendizagem e da promoção da continuidade de cuidados. Contudo, os resultados alcançados sugerem que o envolvimento dos familiares nem sempre ocorre como é determinado por algumas evidências e pelas mais variadas razões.

Paralelamente, os mesmos dados do estudo revelam algum paradoxo que nos parece pertinente identificar: se por um lado os clientes expressam alguma insatisfação com a informação, no que concerne à utilização dos recursos de saúde e à continuidade de cuidados e o baixo envolvimento nos cuidados, por outro lado demonstram estar satisfeitos com a relação terapêutica com os enfermeiros. Estes

dados são apoiados por Mackenzie et al. (2007), que verificaram que embora existisse um sentimento comum de que a informação fornecida era inadequada, todos os cuidadores dos clientes inquiridos expressaram elevada satisfação com o cuidado providenciado. No seu estudo, Gomes (2008, p.214) obteve dados semelhantes no qual *“os doentes referem não ter informação significativa, no que respeita às suas necessidades, e aos recursos existentes que ajudem a gerir os seus problemas, contudo, parecem estar satisfeitos com a relação que os enfermeiros estabelecem no dia-a-dia de cuidados.”*

Raramente a satisfação das pessoas com os cuidados de saúde resulta unicamente da competência técnica do profissional. Esta é antes uma pequena parcela, importante parcela, no conjunto de fatores que importam para a satisfação do cliente. Por isto, a atuação dos profissionais de saúde deve ser equilibrada.

Na investigação presente identificamos algumas áreas cujos inquiridos manifestaram menor satisfação e que lhes são comuns. O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação em meio hospitalar desempenha um papel determinante na qualidade dos cuidados prestados à pessoa com dependência, inclusive na *qualidade da informação, no envolvimento dos utentes no cuidar e na continuidade dos cuidados.*

No que concerne à questão da promoção da continuidade de cuidados o enfermeiro especialista assume um papel importante, avaliando a adequação e eficácia dos recursos existentes, partilhando informação no sentido de orientar doente e família sobre os recursos existentes na comunidade, o tipo de serviços oferecidos, formas de acesso, custos implícitos, entre outros. Deverá ser o trabalho conjunto entre os profissionais de enfermagem e os clientes, otimizados com os diversos serviços e recursos existentes, no apoio ao doente e à família, a contribuir para a qualidade dos cuidados prestados.

No caso da qualidade da informação também os enfermeiros assumem um papel de destaque intervindo de forma autónoma na avaliação das necessidades e dos conhecimentos dos clientes, dos familiares e dos potenciais cuidadores, na transmissão de informação adequada às necessidades, no processo de aprendizagem, e na avaliação da evolução destes parâmetros, para que todos os atores envolvidos no processo de reabilitação da pessoa dependente respondam de forma adequada aos requisitos de cada caso. Mistiaen et al. (1997) citado por Petronilho (2007, p.55) *“Num estudo de revisão de literatura refere que a necessidade de informação constitui o maior problema para doentes e familiares*

*após a alta hospitalar*”. Sendo esta uma área sensível aos cuidados de enfermagem de reabilitação, podemos certificar a importância do exercício profissional dos enfermeiros no progresso desta dimensão.

Neste capítulo analisamos os achados com a evidência existente. Perante o estudo desenvolvido, concluímos que existem grande diferenças individuais nas características dos indivíduos: características socio-demográficas, tipo de dependência, nível de dependência, tipo de família e suporte familiar. Também ao nível dos familiares as características são diversificadas. Obviamente que há um número determinado de considerações que devem ser alvo de reflexão no momento de interpretar os resultados deste estudo. Pese embora as suas fragilidades, a investigação revelou-se capaz de descrever a satisfação dos clientes que foram alvo dos cuidados de Enfermagem de reabilitação e seus familiares, em meio hospitalar.



## CONCLUSÃO

Na sociedade contemporânea, a qualidade do produto é um imperativo em qualquer área da sociedade. Hoje o desafio de tentar melhorar a qualidade do produto e da prestação de serviços é transversal em qualquer sociedade moderna. A qualidade em saúde é uma responsabilidade transversal aos agentes que a compõem que passou a ser uma exigência nas políticas de saúde em Portugal. Os dirigentes políticos exigem que os dinheiros públicos se traduzam em cuidados de qualidade.

A qualidade exprime um conceito complexo e dinâmico. Inequivocamente, a satisfação dos clientes dos serviços é um indicador relevante na área da saúde, cujo interesse da sua avaliação espelha o interesse crescente pelas pessoas na sua individualidade. O bom desempenho das instituições dependerá, entre outros fatores, do bom desempenho dos seus profissionais, refletindo-se na qualidade dos cuidados prestados e na vivência dos consumidores de saúde no *Cuidar*.

À imagem da qualidade, são vários os fatores que interferem na satisfação dos clientes com os serviços de saúde. A intenção deste estudo foi incorporar na análise desta temática os cuidados de Enfermagem de reabilitação, algo que pensamos que continua a ser cada vez mais pertinente numa sociedade envelhecida e com o aumento de doenças crónicas que se traduz, igualmente, no aumento do número de pessoas com incapacidades funcionais e cognitivas, tornando-as dependentes no contexto familiar. Esta situação assume repercussões no sistema de saúde, nomeadamente nos serviços de internamento hospitalar como sejam os serviços de Medicina Interna.

A abordagem da família como cliente neste estudo deveu-se à compreensão do processo de adaptação que é exigido à família confrontada com a presença de um membro que se torna dependente, ao qual é acrescido a função de cuidar do seu membro dependente, situação que acarreta grande impacto no seio familiar.

O contributo dos membros familiares no processo de adaptação do seu membro dependente à situação de dependência é considerado importante. Por outro lado, o contributo dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação no processo de adaptação da família, em meio hospitalar, bem como na integração de

conhecimentos e capacidades do familiar cuidador e na preparação do regresso á “vida normal”, numa perspetiva de continuidade de cuidados, poderá revelar-se fundamental na satisfação percebida do cliente dependente e seus familiares.

A família foi identificada como cliente e, como tal, alvo da nossa avaliação e análise neste estudo. A Ordem dos Enfermeiros (2002) identifica como princípios subjacentes à enfermagem familiar a inclusão deliberada da família no planeamento e na prestação de cuidados ao cliente, facto que se revela mesmo fundamental quando a situação perturbadora é a dependência de um membro da família.

É reconhecido a necessidade de um maior investimento na qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao cliente dependente, envolvendo a família neste processo. A satisfação com os cuidados de enfermagem assume-se como um importante indicador da qualidade dos cuidados globais e na identificação das dimensões de cuidados mais e menos satisfatórias.

Os estudos efetuados e conhecidos no âmbito da satisfação dos clientes com os cuidados de reabilitação são escassos, o que de alguma forma limitou a comparação dos conceitos e práticas de reabilitação em serviços que os realizam e a própria reflexão sobre da prática.

No que se refere à metodologia escolhida, em nossa opinião revelou-se adequada no alcance da finalidade que delineamos. Foi apresentada a análise dos resultados e finalmente a discussão dos mesmos. Articulando os referenciais teóricos que suportaram este estudo com a análise e interpretação dos dados, das questões formuladas, assim como dos objetivos propostos, podemos inferir algumas conclusões que podem contribuir para o desenvolvimento pessoal e profissional dos profissionais de saúde e a mudança de comportamentos. Aliás, uma finalidade deste trabalho é que tenha repercussões na prática.

Assim, sobre os principais achados decorrentes da análise dos dados dos clientes e familiares participantes neste estudo emergiram as seguintes conclusões que passámos a apresentar.

Os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação dos serviços de Medicina Interna A-mulheres e B-homens de um grande hospital do Porto cuidam de clientes dos dois géneros, embora neste estudo exista o predomínio do sexo masculino, casados, com idades compreendidas entre os 28 e os 88 anos de idade, com ensino básico e reformados.

As características dos familiares que se disponibilizam a acompanhar os doentes dependentes no internamento são, na sua maioria, do género feminino, nomeadamente esposas e filhas, com idades compreendidas entre os 18 e os 83 anos de idade, casados, com ensino básico e trabalhadores por conta de outrem ou reformados.

No enfoque da família, o enfermeiro de reabilitação tem que planear a sua assistência para famílias nucleares e onde os cuidadores são, geralmente, conjugues dos clientes.

As competências dos enfermeiros de reabilitação são em parte construídas com o objetivo de prestar cuidados a clientes dependentes. Nos serviços de Medicina Interna em estudo verificamos que estes clientes são fortemente dependentes nos autocuidados tomar banho, seguido da mobilidade, sendo que na globalidade a maior percentagem tem dependência ligeira.

Os clientes percecionam o envolvimento dos seus familiares numa percentagem moderada e os familiares percecionam o seu próprio envolvimento igualmente moderado.

Embora não se possa generalizar, podemos dizer que a satisfação dos utentes dependentes com os cuidados de enfermagem de reabilitação foi elevada, expressando-se em valores quase máximos nas dimensões eficácia na comunicação, qualidade no atendimento, prontidão na assistência e manutenção do ambiente terapêutico.

A satisfação dos familiares dos utentes com dependência com os cuidados de enfermagem foi elevada, embora menor do que a satisfação dos utentes com dependência, sendo predominante nas dimensões qualidade no atendimento, prontidão na assistência e manutenção do ambiente terapêutico.

Da análise da satisfação desta amostra com o grau de dependência aponta-se para uma relação pouco significativa entre as variáveis.

Da análise da satisfação com o envolvimento dos familiares no processo de cuidar verificámos que a variável envolvimento dos familiares pode exercer influência na satisfação global dos utentes com dependência e seus familiares, nomeadamente nas dimensões utilidade da informação e promoção da continuidade de cuidados.

Podemos agora dizer que atingimos os objetivos que planeamos para o nosso estudo pois apresentamos os dados sobre as características dos doentes

dependentes internados em serviços de Medicina Interna e alvo dos cuidados de enfermagem e familiares respetivos, sobre a sua dependência, envolvimento e satisfação com os cuidados de enfermagem hospitalares.

O presente estudo tem algumas limitações que devem ser tomadas em conta no momento de interpretar os resultados. A amostra é insuficiente em função dos objetivos do estudo, pelo que os resultados não deveram necessariamente ser generalizados a outras populações. Há um predomínio de participantes do género masculino. Os cuidados de enfermagem especializados de reabilitação não foram monitorizados e, por fim, não foram analisadas as condicionantes de desenvolvimento dos cuidados de enfermagem de reabilitação ao nível da estrutura, processo e resultados, no contexto específico.

Não obstante, desta investigação emergiram dados que nos levam a considerar a existência de áreas de intervenção que podem ser melhoradas e a considerar igualmente que a abordagem à família como cliente continua a ser algo pouco praticado no contexto estudado. As respostas sobre o envolvimento da família no cuidar parecem evidenciá-lo.

Por outro lado, o trajeto efetuado demonstrou que a satisfação com os cuidados de enfermagem especializados de reabilitação é influenciada por vários fatores. Os domínios em que os inquiridos manifestarem menor satisfação, lembrando-os, foram eles os domínios da comunicação e informação, promoção da continuidade de cuidados e incluiria a participação e o envolvimento nos cuidados. São domínios em que os enfermeiros têm uma oportunidade ímpar de exercer influência, pelas competências e requisitos para o desempenho da própria profissão e por que se tratam de áreas cuja autonomia dos enfermeiros é elevada. Acresce-se que na área específica de atuação do enfermeiro de reabilitação, a capacidade de comunicação, a transmissão de informação, o envolvimento dos clientes num projeto comum e global e a constante busca da garantia da continuidade de cuidados/ processo de reabilitação assumem-se como premissas fundamentais do que deve ser o processo global de atuação deste profissional.

O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação faz parte integrante da equipa de saúde com funções que abrangem outras áreas para além da prestação de cuidados, como sejam a gestão de cuidados, o papel formador e supervisor. Têm funções importantes no domínio de organização dos serviços e instituições de saúde. Nesta medida, o enfermeiro de reabilitação deverá atuar para o melhor interesse do cliente, mas também para o melhor interesse da equipa de



enfermagem, do ambiente do trabalho na equipa, no serviço e na instituição. Potenciar uma organização de trabalho que integre ainda a vertente formativa dos seus colaboradores possibilita o desenvolvimento e aperfeiçoamento das suas competências, da profissão e da prática o que, em última instância, impulsiona a qualidade dos cuidados na saúde, procurando ir ao encontro das expectativas dos clientes. Ao longo da investigação foi sentido a necessidade de uma cultura de qualidade. Na nossa opinião torna-se fulcral que os cuidados de enfermagem de reabilitação sejam centrados nos clientes, onde incluímos a família, prestados num modelo de parceria, o que obriga a um esforço conjunto por parte de todos os intervenientes do SNS.

Para a continuidade da investigação atual é importante clarificar as expectativas da população com o internamento e com o processo de reabilitação, caracterizar o envolvimento dos clientes no processo de cuidar na perspetiva dos doentes, família e familiares cuidadores e dos profissionais de saúde para melhor compreender os fatores que influenciam a satisfação dos clientes, no caso específico de uma situação de dependência num membro da família.

O cumprimento dos prazos foi a grande dificuldade deste percurso, pois a constante reflexão sobre os dados e o entusiasmo fez-nos problematizar recorrentemente o objeto do nosso estudo. Esta fase que agora damos por concluída pode ainda ter desenvolvimentos de aprofundamento a partir deste trabalho.

As reflexões pessoais e coletivas sobre a realidade da satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem de reabilitação e as conclusões do nosso estudo fazem-nos querer partilhar algumas sugestões para futuras investigações na área:

- Desenvolver investigações com um desenho de estudo semelhante usando amostras mais alargadas. Deixamos como sugestão um estudo comparativo com dois grupos de doentes com as mesmas características e cujo aspeto que os distinga seja um grupo ter acesso a cuidados de enfermagem especializados em reabilitação e outro não e um outro estudo cujo familiar participante no estudo seja o familiar com o papel de cuidador;
- Incluir no modelo de colheita de dados de enfermagem, a monitorização dos cuidados especializados de reabilitação prestados a cada cliente por forma a comparar a opinião dos clientes sobre os cuidados que lhes são prestados com os cuidados efetivamente prestados. No concreto analisar a estrutura, o processo e os resultados;

- Investigações futuras deviam ainda incluir um Modelo de Avaliação Familiar;
- Realização de estudos exploratórios qualitativos e cujos participantes sejam os clientes e os enfermeiros de reabilitação;
- Finalmente, consideramos pertinente a realização futura de estudos análogos noutros estabelecimentos de saúde.

Na realidade, no fim deste percurso estamos nas condições para melhorar o trabalho de pesquisa e, particularmente, de implementar condições na prática que melhorem a satisfação do cliente. Este estudo assume importância, pois os seus resultados aumentam o conhecimento dos enfermeiros sobre a satisfação dos utentes e familiares e permite a reflexão sobre o papel dos enfermeiros na melhoria da qualidade na saúde.

Dada a perspetiva da enfermagem enquanto ciência com uma clara orientação prática, o conhecimento próprio da disciplina visa fornecer uma base sólida que ajude a conhecer as diferentes necessidades em cuidados de enfermagem e as melhores formas de *cuidar* das pessoas, famílias e comunidades, tendo por finalidade uma assistência de máxima qualidade. Esperamos que esta dissertação seja uma mais-valia para todos aqueles que a tenham oportunidade de ler, melhor compreendam a satisfação dos clientes dependentes e seus familiares com os cuidados de enfermagem de reabilitação em meio hospitalar, reflitam sobre a temática e possam ter uma prática baseada na evidência e, por conseguinte, mais ajustada às necessidades reais da população.

## BIBLIOGRAFIA

- ANDRÉ, Orlando; ROSA, Daniel – *Qualidade dos cuidados de saúde: satisfação dos utentes*. Enfermagem Oncológica, Ano 1, nº3, Julho 1997, pp. 23-33
- ALASAD, J.; Ahmad M – *Patient's satisfaction with nursing care in Jordan*. International Journal of Health Care Quality Assurance, nº16 (2003) pp. 279-285
- ALHUSBAN, M. A.; ABUALRUB, R. F. - *Patient satisfaction with nursing care in Jordan*. Journal of Nursing Management 17, no. 6, Setembro de 2009: 749-758. Consultado em: 7 de Novembro de 2010. Disponível em:  
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010380054&lang=pt-br&site=ehost-live>
- BECK, C. T. [et al.] – *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5ª ed.. São Paulo: Artmed Editora, 2004. 486p. ISBN 85-7307-984-3
- BLEICH, Sara N.; ÖZALTINB, Emre; MURRAY, Christopher J.L. – *How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience?*. Bull World Health Organ 2009;87:271–278. Consultado em 07.11.2010. Disponível em: [www.who.int/entity/bulletin/releases/NFM0409.pdf](http://www.who.int/entity/bulletin/releases/NFM0409.pdf)
- BOLANDER, V. B. – *Sorensen e Luckmann Enfermagem Fundamental: abordagem psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta, 1998
- BRITO, L. – *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Coimbra: Quarteto, 2002
- BRUNNER & SUDDARTH – *Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica*. 9ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002
- BULHÕES, Irone – *Os anjos também erram: mecanismos e prevenção da falha humana no trabalho hospitalar*. Rio de Janeiro: [S.N.], 2001. ISBN: 85-901762-1-2

- CALDAS, C.P. – *A dimensão existencial da pessoa idosa e seu cuidador*. “Textos Envelhecimento”. Rio de Janeiro, 2000; vol.3, nº4 (Janeiro-Julho). ISSN 1517-5928. Disponível em WWW: [http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-59282000000200004&lng=pt&nrm=iso](http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282000000200004&lng=pt&nrm=iso)
- CAMPOS, Luís ; CARNEIRO, António Vaz - *Plano Nacional de Saúde 2011-2016: a qualidade no PNS 2011-2016*. 2010, [Em linha]. [Consult. 10 Dez. 2011]. Disponível em WWW: <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2010/06/Q1.pdf>.
- CARVALHAIS M., SOUSA L. *Nurses' behaviours and their impacts on elderly hospitalized patients* [Português]. Revista Eletrônica de Enfermagem [serial online]. Setembro 2007;9(3):596-616. Consultado em: 20 de Dezembro de 2010. Disponível em WWW: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009816041&site=ehost-live>
- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (International Council of Nurses, ICN) – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 1.0*. Genebra, 2006
- DECRETO-LEI nº 248/09 “D.R. 1ª série” 184 (22 de Setembro de 2009)
- EHNFORS, M.; SODERSTROM, A – *Patient satisfaction with hospital care*. Nursing Scientific Research Nordic Count, nº 15 (1995), p.19-29
- ESCOVAL, Ana – *Cidadania e afirmação social: Gerir Serviços de saúde em contexto de mudança*. Revista Ordem dos Enfermeiros, nº10, Outubro 2003, pp.24-26
- FADEL, Marianella Aguiar Ventura; FILHO, Gilsée Ivan Regis – *Percepção da qualidade em serviços públicos de saúde*.XXVI ENEGEP. Fortaleza, CE, Brasil, 2006. em: 20 de Dezembro de 2010. Disponível em: [http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2006\\_TR470326\\_8487.pdf](http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2006_TR470326_8487.pdf)
- FERNANDES, M. H.; TORRES, G. V.; REIS, L. A. – *Qualidade de vida e factores associados em idosos dependentes em um cidade do interior do Nordeste*. “Revista Brasileira Psiquiatria”. Brasil, vol. 58, nº1 (2009), pp. 39-44 ISSN - 1516-4446

- FIGUEIREDO, D. – *Cuidados familiares ao idoso dependente*. 1ªed.. Lisboa: Climepsi Editores, 2007. 236p. ISBN 978-972-796-276-1
- FORTIN, Marie-Fabienn - “*O Processo de Investigação: da concepção à realização*”. Loures: Lusociência, 1999
- Fortin, Marie-Fabienn; Vissandjeé, B. A revisão de literatura. In Fortin, M-F. (Eds.). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência, 1999
- GEORGE, Julia B. - *Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional*. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2000. ISBN 85-7307-587-2
- GLASS, T. A.; et al. – *Impact of social support on outcome in first stroke*. Stroke. Dallas, Vol.24, Nº1 (1993), p. 64-70.
- GOMES, Paulo J. P. – *A evolução do conceito da qualidade: dos bens manufacturados aos serviços de informação*. Cadernos Bad 2, 2004
- GOMES, Bárbara – *Enfermagem de Reabilitação: Um contributo para a satisfação do utente*. Porto: Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2008
- GREVE, Júlia Maria de Andrea – *Tratado de Medicina de Reabilitação*. Roca, 1ªed., 2007 ISBN: 9788572416887
- HANSON, Shirley – *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação*. 2ª edição. Loures: Lusociência, 2005
- ICN – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão Beta 2*, Lisboa: Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde e Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2002
- ICN - *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 1.0 (CIPE® versão 1- Tradução oficial Portuguesa)*, Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005
- IMAGINÁRIO, C. – *O idoso dependente em contexto familiar*. Coimbra: Formasau, 2004 242 p. ISBN 972-8485-38-7;

- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – *O envelhecimento em Portugal: situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas*. Lisboa: Serviço de Estudos sobre a População do Departamento de estatísticas censitárias e de População do INE, 2002
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – *Destaque do INE – Informação à Comunicação Social: Censos 2001*. Lisboa: INE, 2002 a)
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – *Envelhecimento em Portugal*. Lisboa: DECP/Serviços de Estudos sobre a População, 2002 b)
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – *Censos 2001: XIV Recenseamento Geral da População; IV Recenseamento Geral da Habitação: Resultados Definitivos de Portugal*. Lisboa: INE, 2002 c). ISSN 0872-6493
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – *Censos 2001: Resultados definitivos do Norte*. Lisboa: INE, 2002 d). ISSN 0872-6493
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – *Destaque do INE – Informação à Comunicação Social: Dia Internacional da Família*. Lisboa: INE, 2004
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – *Estatísticas demográficas 2009*. Lisboa: INE, 2010
- JOHANSSON P.; OLÉNI M. and FRIDLUND B. – *Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study*. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 2002 Dec; 16 (4): 337-44. Consultado em: 28 de Outubro de 2010. Disponível em:
- <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2003163027&lang=pt-br&site=ehost-live>
- LAGE, Maria Isabel Gomes de Sousa – *Avaliação dos cuidados informais aos idosos: estudo do impacte do cuidado no cuidador informal*. Tese de Doutoramento, Instituto de Ciência Biomédica de Abel Salazar da Universidade do Porto, 2007
- LAGE, Maria Isabel Gomes de Sousa – *Cuidados familiares a idosos*. In: PAUL, C. e FONSECA, A. – *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores, 2005
- LAZARUS, R.; FOLKMAN, S. – *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martinez Roca, 1986

- LEVACK, William M. M.; SIEGERT, Richard J.; DEAN, Sarah G.; MCPHERSON, Kath M. – *Goal planning for adults with acquired brain injury: How clinicians talk about involving family*. Brain Injury: [BI] [serial online]. Março 2009;23(3):192-202. Consultado em: 12 de Março de 2012 Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=4&sid=4f5bcf53-b609-4ac4-bc83-3f0308c0c84f%40sessionmgr112&hid=118&bdata=Jmxhbm9cHQYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=mnh&AN=19205955>
- LIU C, THOMPSON A, PLAYFORD E. – *Patient dissatisfaction: Insights into the rehabilitation process*. Journal of Neurology. Setembro 2004;251(9):1094-1097. Consultado em 17 de Dezembro de 2010. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=15398636&site=ehost-live>
- LOBIONDO-WOOD, Geri; HABER, Judith – *Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização*. 4ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001
- LUCAS, J. C.; PACHECO, A. – *Avaliação da qualidade de vida e dependência funcional – idosos com 80 e mais – nascidos até 31/12/1998*. Revista Geriatria. Lisboa, vol.25, nº1 (Janeiro-Junho 1999), pp. 17-20. ISSN: 0871-5386
- MAHONEY, F.I.; BARTHEL, D. – *Functional Evaluation: The Barthel Index*. Maryland State Medical Journal, 14 (1965), pp. 56-61
- MANGSET M, DAHL T, FORDE R, WYLLER T. – *We're just sick people, nothing else': ... factors contributing to elderly stroke patients' satisfaction with rehabilitation*. Clinical Rehabilitation. Setembro 2008;22(9):825-835. Consultado em: 15 de Dezembro de 2010. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010030574&site=ehost-live>
- MARRINER, Ann – *Modelos y teorías en enfermería*. 3ª edição. Madrid: Mosby / Doyma Libros, 1994, p. 181-190.
- MARTINS, C. R. – *A Família e a Hospitalização: A participação da Família no Cuidar. Servir*. Lisboa: Associação Católica de Enfermeiros e Profissionais de Saúde, 48 (3) (Maio/Junho 2000), pp.133-135

- MARTINS, Maria Manuela – *O adulto doente e a família uma parceria de cuidados*. Porto: Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, 2004
- MARTINS, Maria Manuela – *A Família, um suporte ao cuidar*. *Sinais Vitais*, 2003, nº50, (Setembro), p. 52-56
- MARTINS, Maria Manuela – *Uma Crise Acidental na Família*. Coimbra: Formasau, 2002
- MARTINS, M. (b) – *Do Hospital orientado para o doente à Parceria na assistência*. *Informar*, 2003, Nº31, (Set./Dez), p. 5-10
- MARTINS, T. – *AVC: Acidente vascular cerebral: Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Coimbra: Formasau, 2006
- MCINTYNE, T.; SILVA, S. - *Estudo aprofundado da satisfação dos clientes dos serviços de saúde na Região Norte: Relatório final sumário*. ARS Norte e UM, Junho, 1999
- MELEIS, Afaf Ibrahim; SAWYER, Linda M.; IM, Eun-Ok, e outros – “*Experiencing Transitions: an emerging middle –range theory*”. *Rev. Advances in Nursing Science*, Vol. 23 (Setembro 2000), p. 12-28
- MELO, G. – *Apoio ao doente no domicílio*. In: A. C. Caldas e A. Mendonça (Orgs.), *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda. 2005
- O'CONNELL B, YOUNG J, TWIGG D. – *Patient satisfaction with nursing care: a measurement conundrum*. *International Journal of Nursing Practice* 5, 72-77 [serial on the Internet]. (1999, June). Consultado em 7 Novembro de 2010. Disponível em:  
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=1999054481&lang=pt-br&site=ehost-live>
- OREM, Dorothea Elisabeth – *Modelo de Orem: conceptos de enfermería en la práctica*. Barcelona: Masson, 1991, 432 p. ISBN 0-8016-6064-5
- OREM, Dorothea Elisabeth – *Nursing: concepts of practice*. 3ª edição, McGraw - Hill Book Company, 1985.



- ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação*, 2010. pp. 1-4  
Disponível em:  
[http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf)
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – “*A Governação em saúde: contributos da Ordem dos Enfermeiros para a melhoria do desempenho do sistema de saúde*.  
Revista Ordem dos Enfermeiros, nº16 (Março, 2005), pp.12-15
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Divulgar: Padrões de Qualidade dos cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual e Enunciados Descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2002
- OREM, Dorothea E. – *Nursing, Concepts of Practice*. 5ª ed. New York: McGraw-Hill Book, 1995
- PADILHA, J. M. – *Preparação da pessoa hospitalizada para o regresso a casa*. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre apresentada ao Instituto de Ciências Biomédica de Abel Salazar. Porto, 2006
- PAUL, M. C. – *Lá para o fim da vida, idoso, família e meio ambiente*. Coimbra: Livraria Almeida. 1997 ISBN: 972-40-100007
- PAÚL, Constança; MARTIN, Ignácio; ROSEIRA, Luís - *Comunidade e saúde: Satisfação dos utentes e voluntariado*. Porto: Ed. Afrontamento, 1999
- PEREIRA, A. – *Guia Prático de Utilização do SPSS: Análise de dados para ciências sociais e psicologia*. 7ª edição, Lisboa: Edições Sílabo, 2008
- PEREIRA, Filipe – *Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau, 2009. ISBN: 978-989-8269-06-5
- PEREIRA, M., ARAÚJO-SOARES, V., McINTYRE, T. – *Satisfação do cliente/doente e as atitudes face aos médicos e medicina: em estudo piloto*. Psicologia, Saúde & Doenças, 2001. 2: pp.69-80
- PETRONILHO, F. – *Preparação do Regresso a Casa*. Coimbra: Formasau, 2007
- POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano; HUNGLER, Bernadette P. – *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. 5ªed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2004 ISBN: 85-7307-984-3

PORTUGAL. Ministério da Saúde – *Plano Nacional de saúde 2004-2010: mais saúde para todos – Prioridades*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2004, Vol.

1. Disponível em: <http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/capa.html>

PORTUGAL. Ministério da Saúde – *Plano Nacional de saúde 2004-2010: mais saúde para todos – Orientações estratégicas*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2004, Vol. 2. Disponível em:

<http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/capa.html>

POTTER, Patricia A. , PERRY Anne G., *Fundamentos de Enfermagem: Conceitos, Processo e prática*. 4ª edição Guanabara Koogan, 1997.

PRYOR J, O'CONNELLI B. – *Incongruence between nurses' and patients' understandings and expectations of rehabilitation*. Journal Of Clinical Nursing, 2009, 18(12):1766-1774. Consultado em: 15 de Dezembro de 2010.

Consultado em:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=18702619&site=ehost-live>

QUIVY, R; CAMPENHOUDT, L. – *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva, 1992

REGULAMENTO nº 122/2011. D.R. II Série. 35 (11-02-18) 8648-8653.

RIBEIRO, A. L. A. - *Satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem. Construção e validação de um instrumento de medida*. Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem S. João, para concurso de Provas Públicas para professor coordenador na área científica de ciências de enfermagem. Porto, 2003

RIBEIRO, A. L. A – *O percurso de construção e a avaliação de um instrumento e a validação da satisfação utentes em relação aos cuidados de enfermagem*. Revista da Ordem dos Enfermeiros, 16 (2005), 53-60

RIBEIRO, José Luís Pais – *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi Editores, 1999

RODRIGUEZ, B.; ÁLVAREZ, E.; CORTÉS, O. – *Cuidadores informales: necesidades e ayudas*. Revista ROL de Enfermería. Vol.24, nº3 (Marz., 2001), p.183-189

- SANTOS, A. – *Acidente Vascular Cerebral: qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Tese de Doutoramento, Universidade do Porto, faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, 2004
- SEQUEIRA, Carlos – *Cuidar de Idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel, 2010
- SEQUEIRA, P. M. D. – *Educação para a Saúde à Família do doente com AVC*. Revista Investigação em Enfermagem. Sinais Vitais. Coimbra, Nº20, (Agosto, 2009), pp.15-25
- SERAPIONI, Mauro – *Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional*. Revista crítica de Ciências Sociais, 85 (Junho, 2009), pp.65-82
- STANHOPE, Mareia; LANCASTER, Jeanette, *Enfermagem Comunitária, promoção de grupos, famílias e indivíduos*, 4ª edição em inglês, 1ª em português, Lisboa: Lusociência, 1999.
- TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile Alligood – *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra*. Loures: Lusociência, 2002.
- VISSER-MEILY, Anne [et al.]. - *Rehabilitation of stroke patients needs a family-centred approach*. Disability And Rehabilitation [serial online]. Dezembro 2006;28(24):1557-1561. Disponível em:
- <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=4&sid=4f5bcf53-b609-4ac4-bc83-3f0308c0c84f%40sessionmgr112&hid=118&bdata=Jmxhbmc9cHQYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=mnh&AN=17178619>
- WARE, J.E [et al.] – *Defining and measuring patient satisfaction with medical care*. Evaluation and Program Planning. Ann Arbor, 1983. 6: 247-263.
- WATSON, J.; SMITH, M. C. – *Caring science and the science of unitary human beings: a trans-theoretical discourse for nursing knowledge development*, Journal of Advanced Nursing, 37 (5, 2002), pp. 452 – 461
- YELLEN E, DAVIS G, RICARD R. - *The measurement of patient satisfaction*. Journal of Nursing Care Quality. Julho 2002;16(4):23-29. Consultado em 7 Novembro de 2010. Disponível em CINAHL com texto completo:

[http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2002137475  
&lang=pt-br&site=ehost-live](http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2002137475&lang=pt-br&site=ehost-live)

## **ANEXOS**



## ANEXO I – QUESTIONÁRIO UTILIZADO NO ESTUDO – CLIENTES





ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO  
PORTO

*Ganhos em Satisfação face aos Cuidados de Enfermagem  
de Reabilitação - Doentes Dependentes*

Orientadora: Prof. Manuela Martins

Co-orientador: Prof. José Carlos Carvalho

Eduardo Luís Martins da Costa e Silva

Porto, 2010/2011

Caro Cliente/doente

Este instrumento de colheita de dados para o qual lhe peço a sua colaboração é um questionário, cujo objectivo principal é conhecer o nível de satisfação dos clientes face aos cuidados de enfermagem.

Este questionário será utilizado na pesquisa que estamos a desenvolver subordinada ao tema: ***Ganhos em Satisfação face aos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação – Doentes Dependentes***, enquadrada no âmbito do I Curso de Mestrado de Reabilitação em Enfermagem, que presentemente frequento na Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Este estudo só terá interesse se a sua participação for franca e criteriosa, na forma como responde às questões, Sendo facultativo a sua participação no estudo. A qualquer momento pode abandonar a sua participação no mesmo, podendo consultar os seus familiares para a sua tomada de decisão na participação do estudo.

O questionário é anónimo e os dados obtidos são confidenciais, não advindo para si qualquer risco ou prejuízo.

Se pretender, posteriormente, conhecer os resultados do trabalho de investigação que estamos a desenvolver nestes estudos de investigação, deverá contactar o autor (Eduardo Silva / nºtln:916621993 / email: [eduardolmcs@gmail.com](mailto:eduardolmcs@gmail.com)), que terá o maior prazer em dar-lhe a conhecer as conclusões dos estudos.

A sua opinião é importante porque com a mesma iremos melhorar os cuidados de enfermagem que se prestarão aos clientes/doentes/familiares.

Desde já agradeço a sua colaboração!

## PARTE I – DADOS GERAIS

### 1. Género:

Masculino..... ☐

Feminino..... ☐

### 2. Idade em anos: \_\_\_\_\_

### 3. Estado Civil:

Solteiro..... ☐

Casado..... ☐

Separado..... ☐

Divorciado..... ☐

Viúvo..... ☐

Outro ..... ☐

### 4. Habilitações literárias

Sem estudos..... ☐

Ensino Básico..... ☐

Ensino Secundário..... ☐

Ensino Superior..... ☐

Mestrado..... ☐

Doutoramento..... ☐

### 5. Profissão

Reformado..... ☐

Doméstica..... ☐

Trabalhador na área da saúde..... ☐

Desempregado..... ☐

Estudante..... ☐

Trabalhador por conta própria..... ☐

Trabalhador por conta de outrem..... ☐

### 6. Quem faz parte do seu agregado familiar?

Esposa..... ☐

Marido..... ☐

Filhos..... ☐

Pai..... ☐

Mãe..... ☐

Irmão..... ☐

Outro..... ☐

### 7. Qual o familiar que habitualmente o acompanha na sua situação de doença?

|             |                          |
|-------------|--------------------------|
| Esposa..... | <input type="checkbox"/> |
| Marido..... | <input type="checkbox"/> |
| Filhos..... | <input type="checkbox"/> |
| Pai.....    | <input type="checkbox"/> |
| Mãe.....    | <input type="checkbox"/> |
| Irmão.....  | <input type="checkbox"/> |
| Outro.....  | <input type="checkbox"/> |

**8. Já teve algum internamento prévio a este?**

|          |                          |
|----------|--------------------------|
| Sim..... | <input type="checkbox"/> |
| Não..... | <input type="checkbox"/> |

**9. Avaliação do grau de dependência do doente (Índice de Barthel)**

**9.1. Alimentação**

|  |                          |
|--|--------------------------|
| Independente (Capaz de usar qualquer instrumento. Come num tempo razoável) | <input type="checkbox"/> |
| Necessita de ajuda (Necessita de ajuda para cortar, levar à boca, etc.)    | <input type="checkbox"/> |
| Dependente   | <input type="checkbox"/> |

**9.2. Vestir**

|   |                          |
|---|--------------------------|
| Independente (Veste-se, despe-se e ajusta a roupa. Aperta os sapatos, etc.)         | <input type="checkbox"/> |
| Necessita de ajuda (Pelo menos em metade das tarefas, mas realiza-as num bom tempo) | <input type="checkbox"/> |
| Dependente  | <input type="checkbox"/> |

**9.3. Banho**

|   |                          |
|---|--------------------------|
| Independente (Toma banho geral no duche ou banheira. Entra e sai do banho sem ajuda de terceiros) | <input type="checkbox"/> |
| Dependente  | <input type="checkbox"/> |

**9.4. Higiene Corporal**

|  |                          |
|--|--------------------------|
| Independente (Lava a face, mãos e dentes. Faz a barba) | <input type="checkbox"/> |
| Dependente   | <input type="checkbox"/> |

**9.5. Uso da casa de banho**

|   |                          |
|---|--------------------------|
| Independente (Usa-a sem ajuda, senta-se, levanta-se e arranja-se sozinho mesmo que use alguns dispositivos, urinol ou outros) | <input type="checkbox"/> |
| Necessita de ajuda (Para manter o equilíbrio, limpar-se ou ajustar a roupa)   | <input type="checkbox"/> |
| Dependente  | <input type="checkbox"/> |

**9.6. Função intestinal**

Independente (Não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de enemas ou clisteres, fá-lo sozinho) ☐

Incontinente ocasional (Necessita de ajuda para técnicas facilitadoras e tem acidentes ocasionais) ☐

Incontinente fecal ☐

#### **9.7. Função vesical**

Independente (Não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de sonda ou colector, fá-lo sozinho) ☐

Incontinente ocasional (Episódios ocasionais de incontinência e pode necessitar de ajuda com um dispositivo interno ou externo) ☐

Dependente (Totalmente dependente ou é incontinente ou está algaliado) ☐

#### **9.8. Subir escadas**

Independente (Sobe e desce escadas. Pode usar um instrumento de apoio) ☐

Necessita de ajuda (Necessita de ajuda física ou supervisão para subir/descer escadas) ☐

Dependente ☐

#### **9.9. Transferência cadeira-cama**

Independente (Não necessita de qualquer ajuda, mesmo que use cadeira de rodas) ☐

Necessita de ajuda mínima (Requer ajuda de uma pessoa em alguma fase da transferência e/ou requer supervisão) ☐

Necessita de grande ajuda (É capaz de participar mas necessita de ajuda de uma pessoa em todas as fases de transferência) ☐

Dependente (Impossibilitado em participar em transferências. São necessárias duas pessoas para o fazer, com ou sem auxílios a meios mecânicos) ☐

#### **9.10. Mobilidade**

Independente (Caminha pelo menos 50 metros sozinho ou com ajuda de andarilho, canadianas) ☐

Necessita de ajuda (Impossibilitado de andar mais de 50 metros sem ajuda ou supervisão) ☐

Independente com cadeira de rodas (Desloca-se pelo menos 50 metros) ☐

Dependente (Totalmente dependente na mobilidade) ☐

**PARTE II – Neste internamento,**

**10. Recebeu algum tipo de ensino/cuidados pelo enfermeiro de reabilitação?**

Sim..... ☐

Não..... ☐

**11. Algum dos seus familiares foi envolvido pelos enfermeiros a prestar-lhe algum tipo de cuidado?**

Sim..... ☐

(Se respondeu sim, preencha o quadro seguinte).

Não..... ☐

(Se respondeu não, passe para a questão 12)

| <b>CUIDADOS</b>   | <b>Sempre</b> | <b>Às vezes</b> | <b>Nunca</b> |
|---|---------------|-----------------|--------------|
| Momento de acolhimento  |               |                 |              |
| Cuidados de Higiene diários   |               |                 |              |
| Nas refeições   |               |                 |              |
| Nas entubações  |               |                 |              |
| Nas algalias  |               |                 |              |
| Na preparação da alta   |               |                 |              |
| No acompanhamento a exames fora   |               |                 |              |
| Nos tratamentos mais dolorosos  |               |                 |              |
| Em todos os tratamentos   |               |                 |              |
| Nas horas de lazer  |               |                 |              |
| Em todos os cuidados prestados  |               |                 |              |
| <b>Nos momentos de ensino:</b>  |               |                 |              |
| - tomar banho   |               |                 |              |
| - higiene pessoal   |               |                 |              |
| - alimentar-se  |               |                 |              |
| - usar o sanitário  |               |                 |              |
| - vestir-se ou despir-se  |               |                 |              |
| - transferência   |               |                 |              |
| - posicionamento corporal   |               |                 |              |
| - hábitos de eliminação   |               |                 |              |
| Cuidados baseados na opinião dos enfermeiros sobre o tipo de cuidados em que os familiares devem participar, retirado do estudo de Martins (2004) |               |                 |              |

**12. Na sua opinião é importante o envolvimento dos seus familiares no seu processo de internamento?**

Sim..... ☐

Não..... ☐

Sobre a apreciação dos doentes face aos cuidados de Enfermagem.

As questões que lhe vamos colocar dizem, **unicamente**, respeito aos **cuidados de enfermagem** durante **este internamento hospitalar**.

| Faça um <b>círculo</b> na quadrícula que mais se aproxima do seu ponto de vista   |          |                 |          |              |          |                                  |          |
|---|----------|-----------------|----------|--------------|----------|----------------------------------|----------|
| <b>Sempre</b>   | <b>3</b> | <b>Às vezes</b> | <b>2</b> | <b>Nunca</b> | <b>1</b> | <b>Sem opinião/Não se aplica</b> | <b>0</b> |
| 1. Relativamente à informação que acha necessária para lidar com as suas necessidades em cuidados de enfermagem, os enfermeiros forneceram-lhe (toda, alguma, nenhuma) informação?          | 3        | 2               | 1        | 0            |          |                                  |          |
| 2. Sente que os enfermeiros se preocupam em fazer os ensinamentos para lidar com as suas necessidades em cuidados de enfermagem?  | 3        | 2               | 1        | 0            |          |                                  |          |
| 3. Relativamente à informação, os enfermeiros preocupam-se em envolver os seus familiares ou as pessoas mais próximas (aplicando a sua situação e como o podem ajudar quando necessita)?    | 3        | 2               | 1        | 0            |          |                                  |          |
| 4. Os enfermeiros preocupam-se em transmitir-lhe informação sobre os serviços que tem à sua disposição (ex. lares, serviços sociais...)?  | 3        | 2               | 1        | 0            |          |                                  |          |
| 5. Os enfermeiros preocupam-se em transmitir-lhe informação sobre a forma como pode utilizar os serviços de saúde disponíveis (como e quando os deve utilizar)?                             | 3        | 2               | 1        | 0            |          |                                  |          |
| 6. Os enfermeiros procuram explicar-lhe as coisas de forma compreensível?   | 3        | 2               | 1        | 0            |          |                                  |          |
| 7. Os enfermeiros procuram saber se compreendeu bem (e se necessário voltam a repetir a informação)?  | 3        | 2               | 1        | 0            |          |                                  |          |
| 8. Os enfermeiros preocupam-se em dar-lhe informação escrita sobre os assuntos que informam ou explicam (panfletos, livros, ou mesmo escrever em papel coisas que são importantes para si)? | 3        | 2               | 1        | 0            |          |                                  |          |
| 9. Os enfermeiros preocupam-se em explicar-lhe os cuidados que lhe prestam (e o porquê da necessidade de fazê-los)?   | 3        | 2               | 1        | 0            |          |                                  |          |
| 10. Sempre que necessita de apoio, é fácil obter ajuda dos enfermeiros?   | 3        | 2               | 1        | 0            |          |                                  |          |
| 11. Os enfermeiros preocupam-se em manter a sua privacidade quando lhe prestam cuidados?  | 3        | 2               | 1        | 0            |          |                                  |          |
| 12. Quando os enfermeiros lhe prestam cuidados preocupam-se em manter um ambiente calmo (sem ruído, sem estar a conversar com os outros, mantendo-o confortável)?                           | 3        | 2               | 1        | 0            |          |                                  |          |
| 13. Sente que os enfermeiros o atendem com simpatia?  | 3        | 2               | 1        | 0            |          |                                  |          |
| 14. Sente que os enfermeiros dão importância aos seus problemas?  | 3        | 2               | 1        | 0            |          |                                  |          |
| 15. Sente que os enfermeiros demonstram ter paciência no atendimento aos cliente/doentes?   | 3        | 2               | 1        | 0            |          |                                  |          |

| Faça um <b>círculo</b> na quadrícula que mais se aproxima do seu grau de satisfação  |          |  |          |                     |          |                                  |          |
|--|----------|--|----------|---------------------|----------|----------------------------------|----------|
| <b>Satisfeito</b>  | <b>3</b> | <b>Nem satisfeito/Nem insatisfeito</b> | <b>2</b> | <b>Insatisfeito</b> | <b>1</b> | <b>Não se aplica/Sem opinião</b> | <b>0</b> |
| 1. Relativamente à forma como os enfermeiros explicam as coisas (linguagem utilizada, preocupação em repetir caso não de compreensão, a preocupação em saber se tinha mesmo percebido) | 3        | 2                                      | 1        | 0                   |          |                                  |          |
| 2. Relativamente à forma como foi recebido pelos enfermeiros no hospital   | 3        | 2                                      | 1        | 0                   |          |                                  |          |
| 3. Relativamente ao tempo que os enfermeiros demoram a dar resposta às suas solicitações/pedidos   | 3        | 2                                      | 1        | 0                   |          |                                  |          |
| 4. Relativamente à preocupação dos enfermeiros em preservar a sua intimidade quando prestam cuidados (não o destapar, ou quando necessário colocar biombos...)                         | 3        | 2                                      | 1        | 0                   |          |                                  |          |
| 5. Relativamente à disponibilidade dos enfermeiros (para o ouvir, ou mesmo para lhe resolver alguma situação relacionada com o serviço)  | 3        | 2                                      | 1        | 0                   |          |                                  |          |
| 7. Relativamente ao conhecimento que os enfermeiros têm sobre os cuidados que necessitava  | 3        | 2                                      | 1        | 0                   |          |                                  |          |

**Muito Obrigado pelo tempo dispensado a responder a este inquérito**





## ANEXO II – QUESTIONÁRIO UTILIZADO NO ESTUDO – FAMILIARES



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO  
PORTO

*Ganhos em Satisfação face aos Cuidados de Enfermagem  
de Reabilitação - Doentes Dependentes*

Orientadora: Prof. Manuela Martins

Co-orientador: Prof. José Carlos Carvalho

Eduardo Luís Martins da Costa e Silva

Porto, 2010/2011

Caro Cliente/doente

Este instrumento de colheita de dados para o qual lhe peço a sua colaboração é um questionário, cujo objectivo principal é conhecer o nível de satisfação dos cliente/doentes face aos cuidados de enfermagem.

Este questionário, será utilizada na pesquisa que estamos a desenvolver subordinada ao tema: ***Ganhos em Satisfação face aos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação – Doentes Dependentes***, enquadrada no âmbito do I Curso de Mestrado de Reabilitação em Enfermagem, que presentemente frequento na Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Este estudo só terá interesse se a sua participação for franca e criteriosa, na forma como responde às questões, Sendo facultativo a sua participação no estudo. A qualquer momento pode abandonar a sua participação no mesmo, podendo consultar os seus familiares para a sua tomada de decisão na participação do estudo.

O questionário é anónimo e os dados obtidos são confidenciais, não advindo para si qualquer risco ou prejuízo.

Se pretender, posteriormente, conhecer os resultados do trabalho de investigação que estamos a desenvolver nestes estudos de investigação, deverá contactar o autor (Eduardo Silva / nºtln:916621993 / email: [eduardolmcs@gmail.com](mailto:eduardolmcs@gmail.com)), que terá o maior prazer em dar-lhe a conhecer as conclusões dos estudos.

A sua opinião é importante porque com a mesma iremos melhorar os cuidados de enfermagem que se prestarão aos cliente/doentes/familiares.

Desde já agradeço a sua colaboração!

## PARTE I – DADOS GERAIS

### 1. Género:

Masculino..... ☐

Feminino..... ☐

### 2. Idade em anos: \_\_\_\_\_

### 3. Estado Civil:

Solteiro..... ☐

Casado..... ☐

Separado..... ☐

Divorciado..... ☐

Viúvo..... ☐

Outro ..... ☐

### 4. Habilitações literárias

Sem estudos..... ☐

Ensino Básico..... ☐

Ensino Secundário..... ☐

Ensino Superior..... ☐

Mestrado..... ☐

Doutoramento..... ☐

### 5. Profissão

Reformado..... ☐

Doméstica..... ☐

Trabalhador na área da saúde..... ☐

Desempregado..... ☐

Estudante..... ☐

Trabalhador por conta própria..... ☐

Trabalhador por conta de outrem..... ☐

### 6. Quem faz parte do seu agregado familiar?

Esposa..... ☐

Marido..... ☐

Filhos..... ☐

Pai..... ☐

Mãe..... ☐

Irmão..... ☐

Outro..... ☐

**7. Qual o familiar que habitualmente acompanha em situação de doença?**

- Esposa..... ☐
- Marido..... ☐
- Filhos..... ☐
- Pai..... ☐
- Mãe..... ☐
- Irmão..... ☐
- Outro..... ☐

**8. Já acompanhou algum familiar/amigo seu num internamento prévio?**

- Sim..... ☐
- Não..... ☐

**PARTE II – Neste internamento,**

**9. Alguma vez foi envolvido pelos enfermeiros em algum tipo de cuidado ao seu familiar internado?**

Sim..... ☐

Não..... ☐

**10. Alguma vez foi envolvido pelos enfermeiros de reabilitação em algum tipo de cuidado ao seu familiar internado?**

Sim..... ☐

(Se respondeu sim, preencha o quadro seguinte).

Não..... ☐

(Se respondeu não, passe para a questão 11.)

| <b>CUIDADOS</b>   | <b>Sempre</b> | <b>Às vezes</b> | <b>Nunca</b> |
|---|---------------|-----------------|--------------|
| Momento de acolhimento  |               |                 |              |
| Cuidados de Higiene diários   |               |                 |              |
| Nas refeições   |               |                 |              |
| Nas entubações  |               |                 |              |
| Nas algalias  |               |                 |              |
| Na preparação da alta   |               |                 |              |
| No acompanhamento a exames fora   |               |                 |              |
| Nos tratamentos mais dolorosos  |               |                 |              |
| Em todos os tratamentos   |               |                 |              |
| Nas horas de lazer  |               |                 |              |
| Em todos os cuidados prestados  |               |                 |              |
| <b>Nos momentos de ensino:</b>  |               |                 |              |
| - tomar banho   |               |                 |              |
| - higiene pessoal   |               |                 |              |
| - alimentar-se  |               |                 |              |
| - usar o sanitário  |               |                 |              |
| - vestir-se ou despir-se  |               |                 |              |
| - transferência   |               |                 |              |
| - posicionamento corporal   |               |                 |              |
| - hábitos de eliminação   |               |                 |              |
| Cuidados baseados na opinião dos enfermeiros sobre o tipo de cuidados em que os familiares devem participar, retirado do estudo de Martins (2004) |               |                 |              |

**11. Na sua opinião é importante o envolvimento dos seus familiares no seu processo de internamento?**

Sim..... ☐

Não..... ☐

Sobre a apreciação dos doentes face aos cuidados de Enfermagem.

As questões que lhe vamos colocar dizem, **unicamente**, respeito aos **cuidados de enfermagem durante este internamento hospitalar**.

| Faça um <b>círculo</b> na quadrícula que mais se aproxima do seu ponto de vista   |          |                 |          |              |          |                                  |          |
|---|----------|-----------------|----------|--------------|----------|----------------------------------|----------|
| <b>Sempre</b>   | <b>3</b> | <b>Às vezes</b> | <b>2</b> | <b>Nunca</b> | <b>1</b> | <b>Sem opinião/Não se aplica</b> | <b>0</b> |
| 1. Relativamente à informação que acha necessária para lidar com as suas necessidades em cuidados de enfermagem, os enfermeiros forneceram-lhe (toda, alguma, nenhuma) informação?          | 3        | 2               | 1        | 0            |          |                                  |          |
| 2. Sente que os enfermeiros se preocupam em fazer os ensinamentos para lidar com as suas necessidades em cuidados de enfermagem?  | 3        | 2               | 1        | 0            |          |                                  |          |
| 3. Relativamente à informação, os enfermeiros preocupam-se em envolver os seus familiares ou as pessoas mais próximas (aplicando a sua situação e como o podem ajudar quando necessita)?    | 3        | 2               | 1        | 0            |          |                                  |          |
| 4. Os enfermeiros preocupam-se em transmitir-lhe informação sobre os serviços que tem à sua disposição (ex. lares, serviços sociais...)?  | 3        | 2               | 1        | 0            |          |                                  |          |
| 5. Os enfermeiros preocupam-se em transmitir-lhe informação sobre a forma como pode utilizar os serviços de saúde disponíveis (como e quando os deve utilizar)?                             | 3        | 2               | 1        | 0            |          |                                  |          |
| 6. Os enfermeiros procuram explicar-lhe as coisas de forma compreensível?   | 3        | 2               | 1        | 0            |          |                                  |          |
| 7. Os enfermeiros procuram saber se compreendeu bem (e se necessário voltam a repetir a informação)?  | 3        | 2               | 1        | 0            |          |                                  |          |
| 8. Os enfermeiros preocupam-se em dar-lhe informação escrita sobre os assuntos que informam ou explicam (panfletos, livros, ou mesmo escrever em papel coisas que são importantes para si)? | 3        | 2               | 1        | 0            |          |                                  |          |
| 9. Os enfermeiros preocupam-se em explicar-lhe os cuidados que prestam ao seu familiar doente (e o porquê da necessidade de fazê-los)?  | 3        | 2               | 1        | 0            |          |                                  |          |
| 10. Sempre que necessita de apoio, é fácil obter ajuda dos enfermeiros?   | 3        | 2               | 1        | 0            |          |                                  |          |
| 11. Sente que os enfermeiros o atendem com simpatia?  | 3        | 2               | 1        | 0            |          |                                  |          |
| 12. Sente que os enfermeiros dão importância aos seus problemas?  | 3        | 2               | 1        | 0            |          |                                  |          |
| 13. Sente que os enfermeiros demonstram ter paciência no atendimento aos cliente/doentes?   | 3        | 2               | 1        | 0            |          |                                  |          |

| Faça um <b>círculo</b> na quadrícula que mais se aproxima do seu grau de satisfação  |          |  |          |                     |          |                                  |          |
|--|----------|--|----------|---------------------|----------|----------------------------------|----------|
| <b>Satisfeito</b>  | <b>3</b> | <b>Nem satisfeito/Nem insatisfeito</b> | <b>2</b> | <b>Insatisfeito</b> | <b>1</b> | <b>Não se aplica/Sem opinião</b> | <b>0</b> |
| 1. Relativamente à forma como os enfermeiros explicam as coisas (linguagem utilizada, preocupação em repetir caso não de compreensão, a preocupação em saber se tinha mesmo percebido) | 3        | 2                                      | 1        | 0                   |          |                                  |          |
| 2. Relativamente à forma como foi recebido pelos enfermeiros no hospital   | 3        | 2                                      | 1        | 0                   |          |                                  |          |
| 3. Relativamente ao tempo que os enfermeiros demoram a dar resposta às suas solicitações/pedidos   | 3        | 2                                      | 1        | 0                   |          |                                  |          |
| 4. Relativamente à disponibilidade dos enfermeiros (para o ouvir, ou mesmo para lhe resolver alguma situação relacionada com o serviço)  | 3        | 2                                      | 1        | 0                   |          |                                  |          |
| 6. Relativamente ao conhecimento que os enfermeiros têm sobre os cuidados que necessitava  | 3        | 2                                      | 1        | 0                   |          |                                  |          |

**Muito Obrigado pelo tempo dispensado a responder a este inquérito**



ANEXO III – AUTORIZAÇÃO DA AUTORA DA ESCALA SUCEH<sub>21</sub>  
(RIBEIRO, 2003)

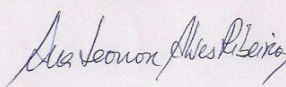


**Assunto:** Autorização da aplicação do Formulário de Avaliação da Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem (SUCEH)

---

Ana Leonor Alves Ribeiro, professora coordenadora da Escola Superior de Enfermagem do Porto, autora do Formulário de Avaliação da Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem (SUCEH) vem por este meio, autorizar a utilização do referido formulário, desde que respeitados os passos para a sua correcta utilização, na investigação subordinada ao tema satisfação dos utentes em contexto hospitalar com os cuidados de enfermagem centrados na família, realizada no âmbito do Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem do ICBAS - Universidade do Porto, por Silvana Vale.

Porto, 19 de Agosto de 2010

  
Ana Leonor Alves Ribeiro



## ANEXO IV – AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA DO HOSPITAL DE SÃO JOÃO





Hospital de S. João, E.P.E.

Exma. Sra.

Dra. Silvana Alexandra Azevedo do Vale

Rua Dr. Prata de Lima, 281 Tamel

4750-879 Barcelos

03 NOV 10 10:07

Sua referência

Sua comunicação de

Nossa referência

Data N.º

ASSUNTO

**Autorização para a realização de Projecto de Investigação**

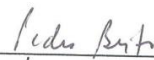
**Projecto de Investigação** – “*Satisfação dos utentes em relação à concepção e prática dos enfermeiros no âmbito da enfermagem de família*”

Junto envio em anexo cópia do parecer e da aprovação da Comissão de Ética para a Saúde, bem como autorização do Conselho de Administração sobre o referido projecto, para dar início à sua investigação.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, 5 de Novembro de 2010

O Secretário da Comissão de Ética para a Saúde

  
Dr. Pedro Brito

Na resposta indicar a «Nossa referência» - Em cada ofício tratar só de um assunto.

H.S.J. - Mod. 1-D - 80 gr Pré-Print CÓD. 531011

Hospital de S. João, E.P.E. • Alameda Professor Hernâni Monteiro • 4202-451 PORTO • Telefone: 22 551 21 00 • Email: geral@hsjoao.min-saude.pt







A Direcção Clínica 167/11

21/11/10

AO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

21/11/10

no CA. em pro  
posito de d.c.  
p

Exma. Sra.

Dra. Margarida Tavares

Directora Clínica do Hospital de São João EPE

**Assunto:** Parecer da Comissão de Ética para a Saúde do Hospital de São João**Projecto de Investigação** – “Satisfação dos utentes em relação à concepção e prática dos enfermeiros no âmbito da enfermagem de família”**Investigadora Principal:** Silvana Alexandra Azevedo do Vale

Junto envio a V. Exa. para obtenção de decisão final do Conselho de Administração o parecer elaborado pela Comissão de Ética para a Saúde relativo ao projecto em epígrafe.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, 29 de Outubro de 2010

O Secretário da Comissão de Ética para a Saúde

Dr. Pedro Brito



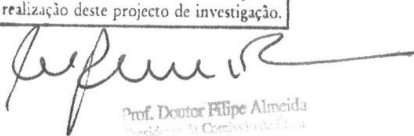
**CES****COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE****8. TERMO DE RESPONSABILIDADE**

Eu, abaixo-assinado, Silvana Alexandra Azevedo Do Vale, na qualidade de Investigador Principal, declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes da Declaração de Helsínquia (com as emendas de Tóquio 1975, Veneza 1983, Hong-Kong 1989, Somerset West 1996 e Edimburgo 2000) e da Organização Mundial da Saúde, no que se refere à experimentação que envolve seres humanos.

Porto, 8 / Outubro / 20 10



O Investigador Principal

| PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DO HOSPITAL DE S. JOÃO                     |   |
|--|---|
| emitido na reunião plenária da CES<br>de<br><u>29</u> / <u>Outubro</u> / <u>2010</u> | <div>A Comissão de Ética para a Saúde<br/>APROVA por unanimidade o parecer do<br/>Relator, pelo que nada tem a opor à<br/>realização deste projecto de investigação.</div> <br>Prof. Doutor Filipe Almeida<br>Presidente da Comissão de Ética |

VI



ANEXO V – MODELO DO CONSENTIMENTO INFORMADO  
DIRIGIDO AO CLIENTE/DOENTE



# DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Considerando a "Declaração de Helsínquia" da Associação Médica Mundial  
(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)

**Designação do Estudo (em português):**

## **Ganhos em Satisfação face aos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação – Doentes Dependentes**

**Eu, abaixo-assinado, (nome completo do participante) -----**

-----, compreendi a

explicação que me foi fornecida, por escrito e verbalmente, da investigação que se tenciona realizar, para qual é pedida a minha participação. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e para todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação que me foi prestada versou os objectivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de decidir livremente aceitar ou recusar a todo o tempo a minha participação no estudo. Sei que se recusar não haverá qualquer prejuízo na assistência que me é prestada.

Foi-me dado todo o tempo de que necessitei para refletir sobre esta proposta de participação.

Nestas circunstâncias, decido livremente aceitar participar neste projeto de investigação, tal como me foi apresentado pelo investigador(a).

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_\_\_

**Assinatura**

**do(a)**

**participante:**

\_\_\_\_\_

**O(A) Investigador(a) responsável:**

Nome:

\_\_\_\_\_

Assinatura:

O **modelo** de solicitação de consentimento informado aqui apresentado é optativo

\_\_\_\_\_





## ANEXO VI – MODELO DO CONSENTIMENTO INFORMADO DIRIGIDO AO FAMILIAR



# DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

para participantes privados do exercício de autonomia  
Considerando a "Declaração de Helsínquia" da Associação Médica Mundial  
(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)

**Designação do Estudo (em português):**

## **Ganhos em Satisfação face aos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação – Doentes Dependentes**

**Eu, abaixo-assinado, (nome completo)** \_\_\_\_\_

**Familiar do doente (nome completo)** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, compreendi a explicação que me foi fornecida, por escrito e verbalmente, acerca da investigação que se tenciona realizar, para qual é pedida a sua participação. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e para todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação que me foi prestada versou os objectivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de decidir livremente aceitar ou recusar a todo o tempo a sua participação no estudo. Sei que se recusar não haverá qualquer prejuízo na assistência que lhe é prestada.

Foi-me dado todo o tempo de que necessitei para refletir sobre esta proposta de participação.

Nestas circunstâncias, decido livremente aceitar que participe neste projeto de investigação, tal como me foi apresentado pelo investigador(a).

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_\_\_

**Assinatura do familiar do doente:**

**O(A) Investigador(a) responsável:**

Nome:

Assinatura:

O **modelo** de solicitação de consentimento informado aqui apresentado é optativo